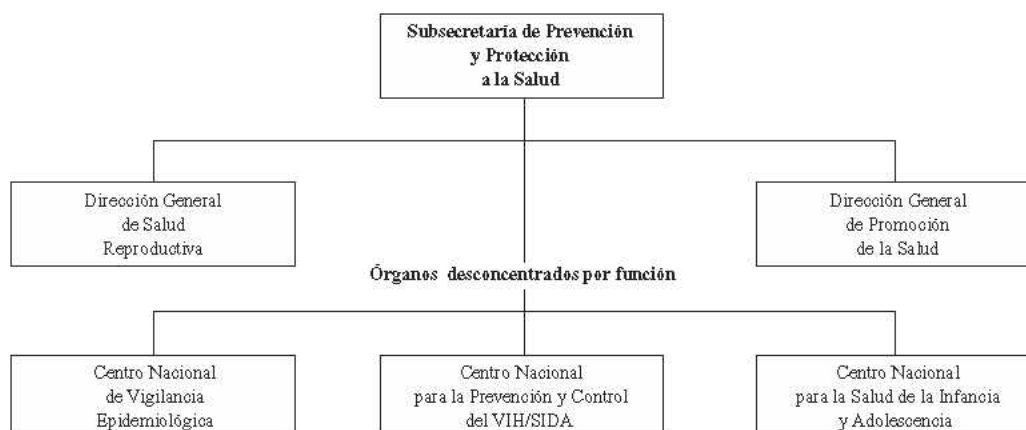


# Capítulo 3

Subsecretaría de Prevención y  
Protección de la Salud

### 3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD



La Subsecretaría continuó con su misión institucional de vigilar, controlar y coordinar los programas dirigidos a la atención en salud pública, la salud reproductiva y la planificación familiar, la promoción de la salud, la medicina preventiva, el control sanitario y la vigilancia epidemiológica.

La Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud cuenta con 2 direcciones generales: la de Salud Reproductiva y Promoción de la Salud; 3 órganos descentrados por función: el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica que incluye tres direcciones generales adjuntas: el Centro Nacional de Prevención de Accidentes, la Dirección General de Epidemiología y el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, así como una coordinación de asesores.

Durante el período que corresponde a este informe, la Subsecretaría ha realizado diversas acciones de reforzamiento de los 22 programas de acción bajo su responsabilidad. Como parte de una estratificación que dirijan las estrategias y acciones de los programas, estos se han agrupado en cuatro rubros a saber:

#### *Mantenimiento*

Programas que han tenido éxito y tienen logros importantes en la prevención y control de enfermedades.

- Infancia, en sus componentes de vacunación, diarreas e infecciones respiratorias agudas.
- Rabia.
- Vectores, en el caso de paludismo, dengue y oncocercosis.
- Salud Reproductiva.
- Cólera.
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

### **Consolidación**

Para este apartado, los programas de esta clasificación han logrado incrementar su presencia en las entidades federativas y están avanzando para alcanzar la calificación de mantenimiento.

- Cáncer Cérvico-uterino.
- VIH/SIDA e ITS.
- Tuberculosis.
- Urgencias Epidemiológicas y Desastres.

### **Fortalecimiento**

Aquellos programas que han sido reactivados y que requieren de un incremento de recursos financieros y humanos, así como una mayor participación de la población para lograr mayores niveles de prevención y control.

- Hipertensión arterial y enfermedad cerebrovascular.
- Diabetes Mellitus.
- Cáncer de Mama.
- Cáncer de Próstata.
- Envejecimiento.
- Accidentes.
- Salud Bucal.
- Brucelosis.

### **Implantación**

Programas establecidos como respuesta a los objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo y ahora forman parte del Programa Nacional de Salud 2001-2006. Estos programas establecen para afrontar los cambios que se han tenido desde el punto de vista, no sólo epidemiológico, sino también demográfico, en donde la sociedad cada vez tiene mayor participación en la prevención y protección de su salud.

- Arranque Parejo en la Vida.
- Comunitades Saludables.
- Educación Saludable.
- Adolescente.
- Vete Sano, Regresa Sano.

Todos estos programas de acción contribuyen a dar el "Blindaje" sanitario a la población, permitiendo reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, enfrentando los problemas emergentes. Con los nuevos planteamientos y estrategias establecidos se mantiene y fortalece el papel rector de la Secretaría de Salud dentro del Sector, en camino a colaborar en la vinculación de la salud con el desarrollo económico y social del país.

### **Vinculación con otros programas de salud**

Una de las actividades de mayor relevancia ha sido la de identificar los diversos puntos de interés común con los diversos programas que integran el Programa Nacional de Salud, lo cual permite evitar

duplicidad y/o fortalecer cada uno de los programas que confluyen en misma población de acción. Los principales programas con los que interactúa esta Subsecretaría son:

- Seguro Popular.
- Cruzada por la Calidad.
- Oportunidades.
- PROCEDES.
- Pueblos Indígenas.
- MIDAS.
- Mujer y Salud.
- Salud Ambiental.
- Información en Salud.

#### ***Coordinación intra y extra sectorial***

Se ha continuado con diversas reuniones de coordinación con las diversas instituciones del Sector Salud, así como con aquellas de otros sectores con las que se tienen vínculos de acción para la prevención y control de enfermedades. En este sentido, se tiene coordinación y vinculación con SAGARPA, Comisión Nacional del Agua, Protección Civil y con organizaciones civiles.

#### ***Encuentro Nacional de Prevención y Protección de la Salud***

Se realizó el segundo encuentro con la participación de todos los responsables de los programas de acción a cargo de esta Subsecretaría, tanto del nivel estatal como federal, al igual que en el primer Encuentro la participación de los directores de administración y planeación de las entidades tuvieron una amplia participación que permitió llegar a consensos y acuerdos en la preparación del Programa Operativo 2003 (POA 2003).

En total asistieron 235 ONG's y 23 presidentes municipales de la Red Mexicana de Municipios por la Salud.

#### ***Desarrollo Humano***

Se continuó con el programa de desarrollo humano para todo el personal directivo y de apoyo de la Subsecretaría, a través de reuniones mensuales con todo el personal de mandos medios con la finalidad de detectar y definir acciones para mejorar la comunicación e intercambio técnico entre las diversas áreas afines.

### ***3.1. Dirección General de Promoción de la Salud***

La Dirección General de Promoción de la Salud, continuó con su función de fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de la salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando a la población el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectiva.

La Dirección General, tiene a su cargo dos programas: Comunidades Saludables y Educación Saludable que permitieron fortalecer las acciones de la Secretaría de Salud, con la participación de las entidades federativas y otras dependencias federales como la Secretaría de Educación Pública, como parte de un federalismo participativo donde concurren los tres ordenes de gobierno, municipal, estatal y federal. Para cumplir con su función se apoya en 3 direcciones de área: Comunidades Saludables, Contenidos Educativos y Participación Social; 5 subdirecciones, 6 jefaturas de departamento, un secretario particular y un coordinador administrativo.

### 3.1.1. Comunidades Saludables

El Programa de Comunidades Saludables tiene como objetivo generar y fortalecer aptitudes y actitudes en la población para el autocuidado de la salud, como medio para facilitar acciones de prevención y protección; propiciando la participación de todos los sectores y logrando un mayor impacto en los niveles de salud y desarrollo en general.

El programa se integra con cinco componentes básicos:

1. *Municipios Saludables.* - busca la participación permanente de los gobiernos locales.
2. *Mercados Saludables.* - promueve la participación de la población y el apoyo del municipio en acciones preventivas para el control de la fauna nociva en los mercados.
3. *Escuela Saludable y Segura.* - coordina acciones a desarrollarse en el ámbito escolar, con la participación coordinada de alumnos, maestros, padres de familia y personal de salud para mejorar la educación y la salud de los escolares y del ambiente donde desarrollan su actividad.
4. *Localidades de 500 a 2 500 habitantes.* - promueve en la comunidad estilos de vida saludable, capacitación en salud y participación activa de madres de familia y la población en general.
5. *Prisiones Preventivas y Centros de Readaptación Social.* - promueve acciones de capacitación y orientación en la población de estos centros sobre el paquete de servicios de salud y sobre el saneamiento físico y ambiental del entorno.

El esquema de operación del programa se desarrolla en dos modalidades que se vinculan estratégicamente para complementarse, Participación Municipal y Organización Comunitaria para la Salud:

- *La Participación Municipal:* impulsa la colaboración de los gobiernos locales a favor de la salud, facilitando la participación activa de la sociedad y la conjunción de objetivos con las instituciones relacionadas al desarrollo social municipal; representa un espacio de intercambio de experiencias y el apoyo a proyectos, logrando actualmente la incorporación de 1 620 municipios al programa los cuales se encuentran en proceso de ser acreditados como Municipios Saludables.
- *La organización Comunitaria para la Salud:* se apoya en los grupos existentes en la comunidad, para inducir a la población a trabajar de manera responsable en el autocuidado de su salud, opera en el 100 por ciento de las unidades de salud. Sus principales logros son: la capacitación de 189 521 agentes y procuradoras de la salud en el paquete de servicios de salud, en orientación alimentaria, en ejercicios para el cuidado de la salud y en la salud de la mujer y su desarrollo.

Para dar cohesión a las acciones del programa, que permita la acreditación de los municipios y certificación de las comunidades como saludables, que incluyen acciones de capacitación, la organización comunitaria y la educación para la salud, se realizó lo siguiente:

- Presentación del programa en el marco de la VIII Reunión Nacional de la Red Mexicana de Municipios Saludables.
- Creación del Fondo Nacional de Comunidades Saludables para apoyar a 90 proyectos.
- Durante el mes de octubre, se realizó la Primera Reunión Nacional de Comunidades Saludables en San Luis Potosí, contando con 1 423 participantes del todo el país.
- Presentación del Programa de Comunidades Saludables durante la Reunión de la Red Guanajuatense de Municipios Saludables, y durante la Reunión de la Red Colimense de Municipios Saludables.

- Constitución de la Red Sonorense de Municipios Saludables y presentación del Programa de Comunidades Saludables en esta reunión.
- Capacitación a responsables estatales y jurisdiccionales de los estados de Morelos, Guerrero, Jalisco, Guanajuato, Querétaro, Nayarit, Yucatán, Baja California y Estado de México.
- Realización de la II Reunión Nacional de Comunidades Saludables en Acapulco, Gro.

Se concretó la coordinación con la Comisión Nacional del Deporte para el desarrollo de las actividades de capacitación para personal y población abierta que refuerza las actividades del Programa de Ejercicios para el Cuidado para la Salud-Orientación Alimentaria. A la fecha se han capacitado 155 personas, los cuales replicarán la capacitación.

#### *Avances de las acciones*

- Constitución de 23 comités técnicos de Comunidades Saludables.
- Se ha iniciado el proceso de certificación de 11 mil comunidades.
- Se publicaron las Reglas de Operación en el Diario Oficial de la Federación con lo que se generó un apoyo importante al desarrollo de los proyectos de promoción de la salud.
- Se presenta el programa y se realizan talleres para facilitar la elaboración y presentación del expediente técnico de los proyectos en 28 estados.
- Se emitió la convocatoria para participar en los proyectos de promoción de la salud.
- Se dio seguimiento a la operación de la convocatoria seleccionando de 306 proyectos recibidos, 99 en la primera etapa, en proceso la segunda etapa.
- Se incorporaron a la Red Mexicana de Municipios por la Salud 26 redes estatales.

#### *3.1.2. Educación Saludable*

Con este programa, se propone mejorar las condiciones de salud y elevar la calidad educativa de los escolares, y revertir los índices de reprobación, ausentismo y deserción.

Durante el último cuatrimestre del 2001 se consolidaron las acciones que permitieron la puesta en marcha de este importante programa donde participa la Secretaría de Educación Pública. Para ello definieron con las autoridades de la SEP, los objetivos, metas, lineamientos e instrumentos del Programa Intersectorial y se revisaron los contenidos educativos de los libros de Texto Gratuitos de nivel primaria. Asimismo se desarrollaron 10 contenidos educativos para el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), actualmente Programa Oportunidades.

Como parte de los trabajos de inserción de las actividades del Programa de Escuelas Promotoras de Salud actualmente en el Programa de Educación Saludable, se registraron 223 012 escuelas lo que representó un incremento en relación con el año anterior de 0.1 por ciento. Entre los alcances de este programa destaca la instalación y funcionamiento de ocho Redes Estatales de Escuelas Saludables y Seguras, formándose en 2001 la Red Estatal en Durango. Con el nuevo enfoque, se fortalecen las acciones a favor de la población escolar.

En el período se atendieron en las unidades de la Secretaría de Salud, 1 431 149 escolares de preescolar, primaria y secundaria. Además de referir y atender a los menores, se otorgaron las ayudas funcionales, como son lentes, auxiliares auditivos y aparatos ortopédicos.

Como parte de la instrumentación del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 y del Programa Nacional de Salud para el mismo período, el 13 de agosto de 2001 se suscribieron las Bases de Coordinación entre los secretarios de Salud (SSA) y de Educación Pública (SEP), para desarrollar, ejecutar, promover y efectuar el seguimiento del Programa Intersectorial de Educación Saludable (PIES), en las escuelas de Educación Básica del Sistema Educativo Nacional.

A partir de estas bases se integró el grupo de trabajo entre la SSA y SEP que elaboró el Programa de Acción, documento que contiene los objetivos, estrategias, líneas de acción y metas del PIES para el período 2002-2006, previéndose poner en marcha dicho programa a partir del ciclo escolar 2002-2003, que inicia en septiembre de 2002.

El PIES tiene como objetivo el lograr mejores condiciones de salud en los escolares de educación básica, de 4 a 15 años de edad, con énfasis en los grupos indígenas, rurales y urbanos de bajos ingresos, como parte de una estrategia integral para lograr una educación de alta calidad, a través de la coordinación intersectorial y con el apoyo de otros organismos públicos, privados y la participación social.

En el mes de octubre de 2001 se concluyó la elaboración del Programa de Acción del PIES y se inició la elaboración de los instrumentos de operación del programa. El 30 de abril de 2002 fue presentado oficialmente el Programa Intersectorial de Educación Saludable PIES, por el C. Presidente de la República, en el marco de la estrategia Contigo, en un evento que contó con la participación de autoridades federales y estatales de la SSA, SEP y SEDESOL, además de los presidentes de las Fundaciones Gonzalo Río y Banamex.

En el mes de mayo de 2002 se concluyó el proceso de elaboración, revisión y validación del manual y de los instrumentos de operación:

- Manual para el personal docente y de salud.
- Carpeta de Contenidos Educativos y Auxiliares Didácticos del PASSE, que incluye 14 intervenciones de salud, para la capacitación del personal de salud, en cuya elaboración participaron las siguientes instituciones: Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Consejo Nacional contra las Adicciones, Dirección General de Salud Reproductiva, Centro Nacional de Prevención de Accidentes, Instituto Nacional de la Comunicación Humana, Instituto Nacional de Rehabilitación, Centro Dermatológico Dr. Ladislao Pacue y la Coordinación del Programa Salud y Mujer.
- Guía Técnica de Instrumentos, que contiene: Formato de Registro Escolar, Diagnóstico de Salud, Programa Escolar de Educación Saludable, Cédula de Registro de la Escuela, Notificación a los Padres de Familia e Informe de Avance.

Una de las características principales del PIES es que la incorporación al programa es por voluntad expresa de los gobiernos de los estados, mediante la suscripción de un Convenio o Acuerdo de Coordinación con la SSA y la SEP; e igualmente el registro de las escuelas de educación básica al programa es voluntario, por decisión de la comunidad escolar, directores, maestros y padres de familia.

En el mes de junio de 2002 se presentó el PIES a los responsables estatales de promoción de la salud y del programa en los servicios estatales de salud y en el mes de julio, se inició el proceso de capacitación para la operación en los estados de Querétaro e Hidalgo, que fueron los primeros en suscribir el Convenio de Coordinación antes referido. Se estima que en el último cuatrimestre del presente año se suscribirán los convenios y acuerdos de coordinación con el resto de las entidades federativas.

El 30 de junio de 2002 se realizó el cierre del Programa de Escuelas Promotoras de la Salud que es el antecedente inmediato del PIES en las entidades federativas. Es importante puntualizar que el año de 2002 se consideró como la fase de transición entre el cierre del Programa de Escuelas Promotoras de la Salud y el de inicio del Programa Intersectorial de Educación Saludable. Por lo anterior, las cifras obtenidas en los registros del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) del mes de diciembre de 2001 a agosto de 2002, refieren las acciones del Programa de Escuelas Promotoras que se están adecuando al nuevo programa.

Durante el período se llevaron a cabo múltiples acciones que fortalecieron el desarrollo del programa. Destacan:

- La concertación de recursos con las Fundaciones Gonzalo Río Arronte y Banamex, para captar apoyos que fortalezcan la operación del programa en las escuelas de educación básica y en las unidades de salud participantes. Los apoyos comprenden el período 2002-2006 para el desarrollo de las actividades.
- Elaboración de la Estrategia de Comunicación Educativa y producción de un spot de radio y un spot de TV, para la campaña de Educación Saludable, misma que se difundió a nivel nacional y estatal, durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2002.
- Diseño y actualización permanente de la subpágina *WEB* de educación saludable, que tiene como propósito difundir los resultados alcanzados por las entidades federativas en la ejecución del programa y establecer un canal de interacción con la población objetivo.
- Diseño conjunto entre la SSA y SEP del sistema de información y base de datos del PIES, así como su Manual de Operación.
- Concertación con el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y MARINA para la participación de sus delegaciones regionales y estatales en la operación del programa en su ámbito de responsabilidad.
- Concertación de apoyos y establecimiento de la vinculación con la unidad de Microrregiones de SEDESOL, con el propósito de definir las reglas de operación para apoyar a las escuelas de educación básica y unidades de salud, que se ubican en las microrregiones prioritarias, es decir que tienen una alta y muy alta marginación.
- Actualización de los contenidos educativos de 25 rotafolios del programa PROCEDES, en coordinación con el Centro Nacional de la Salud de la Infancia y la Adolescencia, la Dirección General de Salud Reproductiva, el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, el Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA y el Centro Nacional para la Prevención de Accidentes; así como de los contenidos educativos de los materiales de educación para la salud propuestos por la Alianza Yakult-UNICEF.
- Suscripción de alianza de cooperación y coordinación con Yakult-México, así como la actualización del Paquete Multimedia "El Mensajero de la Salud".

#### ***Acciones y resultados relevantes***

El Programa Intersectorial de Educación Saludable está sustentado en la coordinación estrecha entre la SSA y la SEP en los niveles federal, estatal y local. Para lograr la máxima eficiencia operativa se está diseñando el Sistema Único de Información y Evaluación de las acciones del PIES, soportado en una base de datos, donde se registrarán los avances de cada Programa Escolar de Educación Saludable, realizados entre las escuelas y las unidades de salud.



Dentro de las acciones del PIES, se encuentra la línea de prevención, detección y referencia de casos de salud, con nuevas intervenciones de salud en beneficio de los escolares. En este programa se han incluido las siguientes intervenciones de prevención y atención: violencia familiar, de adicciones, de accidentes, de trastorno por déficit de atención, salud bucal y sexualidad. El programa prevé apoyar la gestión para el otorgamiento de ayudas funcionales (lentes, auxiliares auditivos, plantillas, férulas, etc.) para escolares de escasos recursos que lo requieran, en casos que se presenten problemas de agudeza visual, auditiva y defectos posturales, respectivamente. Se ha logrado en este sentido que las Fundaciones Gonzalo Río Arronte y Banamex, apoyen con recursos las acciones del programa.

El programa pretende no sólo detectar, sino prevenir y resolver los problemas de salud que afectan a los escolares y que inciden en su rendimiento, asistencia y permanencia en la escuela; esto significa contribuir en el mejoramiento de los indicadores de morbilidad de la población de 4 a 15 años de edad. Por ello se ha establecido la coordinación con todas las unidades administrativas responsables de los programas de acción que intervienen en el PIES, además de que se ha diseñado un sistema de indicadores de evaluación del impacto del programa.

### ***Principales problemas a superar***

Fortalecer la cultura de la información en los Servicios Estatales de Salud, que debe promoverse y desarrollarse con el apoyo de las unidades centrales, a fin de integrar la información necesaria, para que los responsables estatales sean más eficientes. Así como mejorar la coordinación entre las diferentes instancias estatales: unidades de salud, jurisdiccionales y estatales, para que la información fluya de manera más adecuada y ello se vea reflejado en la eficacia de los programas.

El PIES es uno de los programas donde se promueve la vinculación intersectorial para el desarrollo de acciones entre diferentes dependencias y organismos que tienen como objetivo común, mejorar la salud de niñas, niños y adolescentes.

El PIES se convertirá en un programa estratégico para la prevención y promoción de la salud, toda vez que en él confluyen 14 programas de acción de toda la Secretaría de Salud. La coordinación entre las unidades de la Secretaría será un requisito indispensable para que los objetivos y metas se cumplan satisfactoriamente. El PIES puede ser un excelente vehículo para hacer llegar información y servicios a la población escolar, porque la escuela representa un espacio privilegiado para la promoción de la salud.

Es necesario lograr una coordinación eficiente y eficaz entre las instituciones del Sector Salud, a fin de que se atienda a toda la población que lo solicite, independientemente del régimen de seguridad social al que pertenezca.

Finalmente, debemos hacer esfuerzos para sumar a las instituciones privadas y a las organizaciones civiles, para que apoyen con recursos humanos y materiales las acciones destinadas hacia el propósito de mejorar la salud de los escolares.

## ***3.2 Dirección General de Salud Reproductiva***

Esta Dirección General continuó formulando, proponiendo, difundiendo y evaluando las políticas y estrategias en materia de salud reproductiva, planificación familiar y salud de la mujer.

Para cumplir con estas funciones, cuenta con una estructura integrada con 5 direcciones de área, 10 subdirecciones, 10 jefaturas de departamento y 1 coordinación administrativa.

Las acciones en materia de salud reproductiva, realizadas en la Secretaría de Salud durante los últimos 12 meses se fortalecieron con el propósito de disminuir los rezagos entre las diferentes regiones del país y contribuir al logro de los objetivos y metas del Programa Nacional de Salud, 2001-2006.

A continuación se presentan las acciones desarrolladas y los principales resultados alcanzados durante el período comprendido entre septiembre del año 2001 y agosto del 2002. Las principales fuentes de información utilizadas fueron el Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), el Sistema de Información del Programa de Acción para la Prevención y el Control del Cáncer Cérvico-uterino (PROCACU), el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

### **3.2.1. Salud Reproductiva**

En el marco del Programa Nacional de Salud 2001-2006, se concluyó la elaboración y distribución de los programas de acción de Salud Reproductiva, Arranque Parejo en la Vida, Cáncer Cérvico-uterino y Cáncer Mamario. Estos programas se derivaron del Plan Estratégico de Salud Reproductiva 2001-2006 y representan el marco de referencia para orientar las actividades en todas las instituciones de los sectores público, social y privado.

Con el propósito de apoyar las acciones de planeación en los Servicios Estatales de Salud, en el mes de junio se participó en el Segundo Encuentro Nacional de Prevención y Protección de la Salud, al que asistieron los responsables de salud reproductiva, planificación familiar, salud perinatal y cáncer en la mujer de las 32 entidades federativas. Durante este Encuentro se analizaron las estrategias del programa, se establecieron metas operativas y de resultado para el año 2003 y se determinaron los recursos financieros para integrar el Programa Operativo Anual (POA) del año 2003 en cada entidad federativa.

Como parte del Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, se realizó la nueva versión de la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer que entrará en vigor a partir del 2003, y permitirá continuar con el seguimiento del estado de salud de la población femenina de 20 a 59 años de edad y promover el autocuidado de la salud.

Asimismo, se efectuaron 10 visitas de seguimiento a los procesos de distribución y control de la cartilla actual en el Distrito Federal, Durango, Oaxaca, Zacatecas, Chihuahua, Colima, Querétaro, Guanajuato, Aguascalientes y San Luis Potosí.

Para mejorar los procesos de abastecimiento y control de material y asegurar la prestación oportuna de los servicios, se efectuaron dos cursos de logística de insumos en salud reproductiva, en los cuales participaron 63 representantes de los estados de México y Guerrero, incluyendo líderes estatales de planificación familiar, salud perinatal, cáncer de la mujer y responsables de almacenes estatales y jurisdiccionales.

Para fortalecer la competencia del personal mediante el desarrollo humano, se elaboró una Guía Didáctica para incorporar el componente de sensibilización en los programas de salud reproductiva. Se realizaron nueve talleres de sensibilización para personal de la Dirección General de Salud Reproductiva. También se llevó a cabo un taller de sensibilización en Veracruz y otro más en Campeche con motivo del Día Internacional de la Enfermera.

Para la difusión de los principales indicadores de impacto del Programa de Salud Reproductiva, a nivel nacional, por entidad federativa y por municipio, se elaboraron los documentos Indicadores de Resultado 1990-2000, Mortalidad por Cáncer Cérvico-uterino 2000, Mortalidad por Cáncer Mamario

2000, Mortalidad Materna 2000 y Mortalidad Neonatal 2000, lo cual permitió identificar en cada entidad federativa los municipios prioritarios.

Para difundir los avances del Programa de Salud Reproductiva en la SSA, durante el período del informe se elaboraron tres ejemplares del Boletín Trimestral Estadístico del Programa de Salud Reproductiva de la SSA, lo cual contribuyó a dar seguimiento a los resultados de las acciones realizadas en los centros de salud de la SSA en cada entidad federativa.

Adicionalmente, en el marco del Proyecto Caminando a la Excelencia, se elaboraron los boletines de planificación familiar y cáncer cérvico-uterino correspondientes a los períodos enero-diciembre del 2001 y enero-marzo del 2002. Esta iniciativa permitió identificar áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de las actividades en la SSA en cada una de las entidades federativas del país.

Asimismo, con el fin de fortalecer la evaluación del programa en el nivel estatal, así como describir y divulgar los avances y resultados más importantes, se elaboraron 32 Informes Ejecutivos de Avances y Resultados. Asimismo, se hizo la prueba piloto de la Encuesta sobre Actividad Sexual y Anticoncepción (ENASA) en los estados de Chihuahua, Zacatecas, Oaxaca, Colima, Durango y Distrito Federal, en mujeres que acuden a demandar algún servicio en los centros de salud de la SSA. Este estudio permitió concluir que es factible estimar la prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres con vida sexual activa, a través de la aplicación de encuestas.

Por otra parte, durante los meses de julio y agosto se realizó el Cuarto Curso Internacional de Capacitación en Salud Reproductiva, con la participación de representantes de Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana. Durante la presente Administración Pública se han capacitado 37 funcionarios de los países de la región, lo que ha contribuido a fortalecer la prestación de servicios en sus áreas de competencia.

### ***3.2.2. Planificación Familiar***

La finalidad de este componente es contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados a través de la oferta de métodos anticonceptivos modernos y seguros, así como ofrecer servicios de calidad a toda la población, con particular énfasis en las áreas rurales, urbano-marginadas, en los adolescentes y en las comunidades indígenas.

Para fortalecer la competencia técnica del personal de salud, durante el período que se informa se efectuaron Talleres de Actualización en Anticoncepción Posparto, Transcesárea y Post-aborto en los estados de Chiapas, Oaxaca, Hidalgo, Guerrero, San Luis Potosí, Aguascalientes, Durango y Yucatán, capacitando 259 prestadores de servicio, entre médicos ginecobstetras, enfermeras y personal del área de trabajo social, entre otras disciplinas.

Para impulsar la vasectomía sin bisturí mediante la capacitación de los prestadores de servicios, así como para disminuir las resistencias para la participación activa del varón en la planificación familiar, se llevaron a cabo dos Talleres de Evaluación y Actualización en Salud Sexual y Reproductiva del Hombre en los estados de Chiapas, Oaxaca, Hidalgo y Guerrero en los que se capacitaron a 179 participantes de diversas disciplinas, incluyendo médicos, enfermeras y trabajadoras sociales involucradas directamente en los servicios de vasectomía sin bisturí. También se hicieron dos visitas de asesoría y asistencia técnica al Programa de Vasectomía sin Bisturí de los estados de Chiapas y Tamaulipas, y una Reunión Regional de Salud Reproductiva del Hombre en la que participaron representantes de Baja California, Campeche, Chiapas, Distrito Federal, Estado de México, Guerrero,

Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Tabasco y Tamaulipas, con una asistencia de 40 médicos y paramédicos responsables de los servicios de vasectomía sin bisturí.

Para contribuir a reforzar las acciones de capacitación dirigidas a personal multidisciplinario que trabaja con adolescentes en instituciones educativas, se realizaron cuatro Cursos de Sexualidad y Salud Reproductiva para Adolescentes. Uno de los cursos se efectuó en el estado de Guanajuato, en el que se capacitaron a 30 prestadores de servicio de diversas disciplinas. Otro curso se realizó en coordinación con el CONALEP y la Fundación Mujer y Familia, con la participación de 70 pasantes de servicio social del CONALEP. En Yucatán y en el Distrito Federal, se realizaron cursos dirigidos a 83 prestadores de servicio y maestros de secundaria, a 43 responsables de fomento a la salud de los planteles de la Dirección General de Educación Tecnológica Industrial (DGTEI) de la SEP.

Por otra parte, con el fin de capacitar a maestros de secundaria en aspectos de sexualidad y salud reproductiva de los y las adolescentes, se realizó un curso taller en el estado de Puebla, en el que se capacitaron 34 participantes. Finalmente, en los estados de Campeche, Querétaro y el Estado de México se impartieron otros tres cursos, en los que se capacitaron a 109 prestadores de servicios de salud.

Para fortalecer la atención en salud reproductiva a grupos vulnerables de la población se realizaron Reuniones Regionales de Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas en los estados de Hidalgo, Chihuahua, Campeche y Oaxaca, así como un Taller de Salud Reproductiva en la Discapacidad en Aguascalientes, Veracruz, Oaxaca, Michoacán y Yucatán capacitando a un total de 174 prestadores de servicio de la SSA.

En cumplimiento a la estrategia de diseñar un proceso de supervisión y evaluación integral, periódico y sistemático se realizaron hasta el mes de agosto 11 visitas de asesoría y asistencia técnica en Puebla, Querétaro, Michoacán, Sinaloa, Aguascalientes, Guerrero, Nayarit, Estado de México, Zacatecas, Durango y Tlaxcala. También se llevaron a cabo visitas de asesoría y asistencia técnica sobre el Modelo de Intervención de Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas, en Puebla y Guerrero, así como visitas de supervisión a los Servicios Amigables en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes a los estados de Aguascalientes, Jalisco y el Distrito Federal. Estas actividades contribuyeron a fortalecer la competencia técnica de prestadores de servicios de salud reproductiva.

Asimismo, se hicieron visitas de evaluación y seguimiento del Sistema Logístico de Insumos Anticonceptivos al Distrito Federal, Durango, Oaxaca, Zacatecas, Chihuahua, Colima, Querétaro, Guanajuato, Aguascalientes y San Luis Potosí con el fin de valorar los sistemas de adquisición, almacenamiento, distribución y control de anticonceptivos, lo que contribuirá a garantizar la disponibilidad de los insumos para otorgar los servicios de planificación familiar a las mujeres demandantes de este servicio en estas entidades federativas.

Las acciones de planificación familiar en la SSA han contribuido a promover la aceptación y el uso de los diferentes métodos anticonceptivos que se ofertan en la institución. De acuerdo con los datos del SISPA, durante los primeros ocho meses del 2002 se captó un promedio mensual de 68 390 nuevas aceptantes de métodos de regulación de la fecundidad.

La aceptación de métodos anticonceptivos de mayor efectividad y continuidad en la institución ha permitido mantener la tendencia ascendente en el número de usuarias activas. En diciembre del año 2001 según el SISPA había en el programa 2 756 416 usuarias activas de algún método anticonceptivo otorgado por la SSA, lo que representó una cobertura del 22.6 por ciento del total de mujeres en edad fértil de la población potencialmente usuaria de los servicios de la institución. De acuerdo con la tendencia observada, para agosto del 2002 se estima que el logro en la SSA sea de aproximadamente 2 832 615 usuarias, lo que representa un incremento de 5.6 por ciento respecto al avance en diciembre del 2000.

Total de usuarios y usuarias activas de anticonceptivos  
Secretaría de Salud, 1990-2002



Datos en millones.  
\* Cifra estimada al mes de agosto.  
Fuente: Estimaciones de la DGSR con base en el SISPA.

La distribución de usuarias activas de métodos de planificación familiar en la SSA al cierre del período analizado, muestra gran porcentaje de uso de métodos definitivos. Aproximadamente el 39 por ciento del total de las usuarias está regulando permanentemente su fertilidad con estos métodos, en tanto que sólo el 17 por ciento usan DIU y otro tanto los hormonales inyectables.

La tasa de retención de usuarios observada durante el año 2001 en la SSA fue de 68.6 por ciento, lo que indica que de cada diez usuarios que estaban haciendo uso de algún método anticonceptivo otorgado por la institución a finales del 2000 o bien que se incorporaron al programa durante el 2001, aproximadamente siete lo continuaban usando al final de ese año. Existen entidades federativas, sin embargo, en donde la tasa de retención fue superior a 75 por ciento, entre los que destacan Tabasco, Querétaro, Puebla y Estado de México.

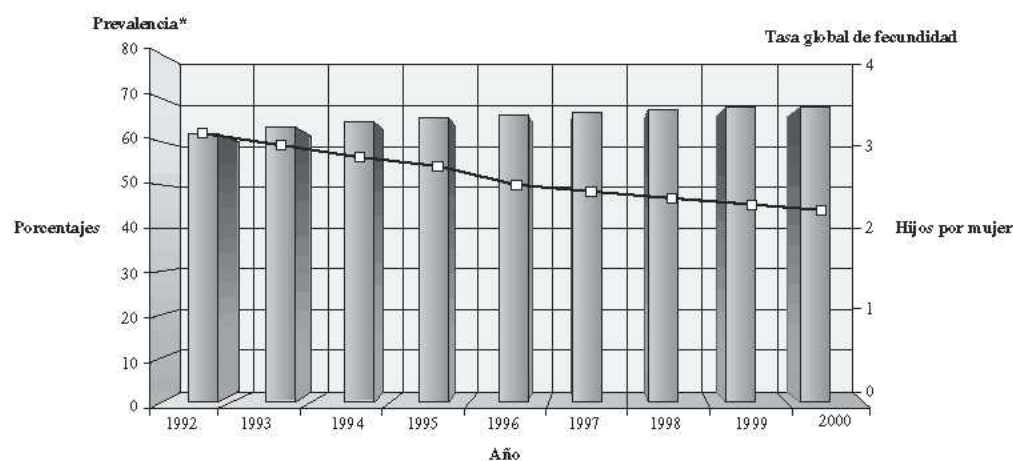
Los servicios de orientación-consejería en planificación familiar se han fortalecido en los últimos años en la institución, particularmente en el control prenatal, durante el año 2001 el número de mujeres que adoptaron un método anticonceptivo antes de su egreso hospitalario por la atención de un evento obstétrico fue de 277 417 aceptantes, lo que representó una cobertura 40.4 por ciento del total de los eventos obstétricos atendidos en la institución durante el mismo año. El análisis por entidad federativa señala que en Tamaulipas, Nuevo León y Colima este indicador fue superior a 70 por ciento, que es la meta nacional comprometida para finales de esta Administración.

Actualmente la SSA cuenta con 170 servicios de atención en vasectomía sin bisturí en todo el país, lo que ha contribuido a impulsar el uso de este método de regulación definitiva de la fertilidad en la institución entre la población masculina. Durante el año 2001, de acuerdo con datos del SISPA se realizaron 5 249 vasectomías, lo que representó una productividad mensual de 437 procedimientos quirúrgicos. Se estima que durante el año 2002 el promedio mensual de vasectomías se incrementó a 473 procedimientos quirúrgicos, lo que representó un incremento de 8.2 por ciento.

Las acciones desarrolladas en materia de planificación familiar en la SSA, han contribuido a aumentar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en todo el país. Para el año 2002 se estima en casi 10 millones de usuarias activas de planificación familiar, lo que representó una cobertura de 71.8 por ciento del total de las mujeres en edad fértil unidas y un incremento de más de 122 mil usuarias activas con respecto al año 2001.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos alcanzada, ubica a México en el cuarto lugar en la región de América Latina y El Caribe, ya que de un total de 21 países sólo es superado por Brasil, Costa Rica y Colombia.

*Prevalencia de uso y tasa global de fecundidad 1992-2000*



\* Mujeres en edad fértil unidas que usan algún método anticonceptivo.  
Fuente: Estimaciones del CONAPO.

### 3.2.3. Arranque Parejo en la Vida

El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, tiene como propósito brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como igualdad de crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños, desde antes de su nacimiento hasta los dos primeros años de vida.

Cabe mencionar que en este componente se encuentran integradas las acciones dirigidas a la atención del embarazo, parto y puerperio, que corresponden a salud perinatal.

Durante el período del informe, se realizaron acciones que han contribuido a que las mujeres tomen decisiones responsables y disfruten el derecho a tener una maternidad saludable, así como a que los niños y niñas sean sanos, favoreciendo su desarrollo y garantizando un acceso equitativo a los servicios de salud.

Por Acuerdo Secretarial publicado en el Diario Oficial de la Federación del 30 de octubre del 2001, se creó el Comité Nacional del Programa de Acción de Arranque Parejo en la Vida, en el que participan todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Este Comité tiene como objetivo proponer políticas, lineamientos, normas, procedimientos, estrategias y acciones para la operación del programa.

La primera fase de este programa inició en los estados de Aguascalientes, Campeche, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Tabasco y Veracruz, focalizando las acciones en los 151 municipios con mayor incidencia de mortalidad materna, para lo cual se instalaron oficialmente los Comités Estatales correspondientes, con la participación de las instituciones del Sector Salud y de organismos no gubernamentales. Asimismo, se capacitaron en estas entidades federativas a más de 2 200 prestadores de servicios de diversas disciplinas para mejorar la calidad de la atención de la embarazada.

Para avanzar en la implementación de la red de servicios de salud, se presentó el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, a los nueve estados seleccionados para implementar el Programa en una segunda etapa: Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí y Yucatán, y se realizó una visita de asesoría y asistencia técnica a estas entidades, para seleccionar los municipios a incluirse, así como las unidades propuestas como Clínicas y Hospitales Sí Mujer.

Para fortalecer la coordinación con otras áreas de la SSA, se seleccionaron conjuntamente con los programas de Equidad y Desarrollo, Atención a Pueblos Indígenas, Microrregiones, Seguro Popular y Oportunidades, 330 municipios prioritarios para intensificar las actividades en las dos primeras etapas de implantación del programa.

Se elaboró una Carpeta Informativa Básica Estatal para la operación de las unidades Sí Mujer, que incluye los requerimientos de infraestructura, recursos humanos, materiales y los criterios para seleccionar los municipios en donde se implementa el programa.

Se realizó un diagnóstico situacional en las nueve entidades federativas de la segunda etapa, a través de visitas a todas las probables Clínicas y Hospitales Sí Mujer, además de algunas unidades de primer nivel, para conocer los recursos humanos, materiales y equipo con que cuentan estas unidades, para la implementación del programa y durante los meses de julio y agosto se instalaron los Comités Estatales del programa de acción en estas entidades federativas.

Durante la ceremonia conmemorativa del primer aniversario de este programa, la Fundación Vamos México hizo la entrega oficial de equipo médico gestionado ante la Fundación Telmex por un valor de 80 millones de pesos. Esta acción permitió equipar una unidad hospitalaria en cada uno de los siete estados de la primera etapa del Programa, en donde se instalarán los Servicios Integrales de Control y Prevención de las Discapacidades (SINDIS), a través de la adquisición de 90 equipos de ultrasonido, 94 tococardiógrafos, 73 incubadoras normales, 81 cunas térmicas, 21 lámparas para fototerapia, 50 incubadoras de traslado, 28 respiradores mecánicos y siete equipos de ultrasonido con traductor transfontanelar. La distribución de equipo se realizó según se muestra en el siguiente cuadro:

*Equipo Médico Donado por la Fundación Telmex según Entidad Federativa de la Primera Etapa*

Estados	Ultrasonidos	Tococardiógrafos	Incubadora normal	Cuna Térmica	Lámpara para fototerapia	Incubadora de traslado	Respirador mecánico	Ultrasonidos con traductor transfontanelar
Aguascalientes	4	7	3	7	3	3	4	1
Campeche	9	9	6	3	3	5	4	1
Hidalgo	12	12	8	8	3	8	4	1
Morelos	5	6	5	7	3	4	4	1
Nayarit	4	4	3	7	3	3	4	1
Tabasco	19	19	14	16	3	8	4	1
Veraacruz	37	37	34	33	3	19	4	1
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>94</b>	<b>73</b>	<b>81</b>	<b>21</b>	<b>50</b>	<b>28</b>	<b>7</b>

Fuente: SSA. Dirección General de Salud Reproductiva.

En relación con el componente estratégico de Monitoreo y Evaluación se realizó una reunión técnica sobre el sistema de evaluación Evalúa-APV, y la Segunda Reunión de Evaluación del Programa.

Con el fin de promover el Programa Arranque Parejo en la Vida, se elaboró una estrategia de comunicación del programa, que incluyó la instrumentación de dípticos y carteles con información del embarazo saludable y derechos de las embarazadas, cuatro spots para radio y televisión y a través de CEMESATEL se presentó el programa a todas las unidades hospitalarias de la SSA.

Para avanzar en la estrategia de formación de capacitadores de parteras y de personal comunitario en la atención integral del embarazo, parto, puerperio y recién nacido se realizó un censo de parteras que colaboran con la SSA, así como un diagnóstico de capacitación. Lo anterior permitió gestionar ante la Fundación Vamos México, la donación de 14 303 maletines para las parteras de las 16 entidades federativas de la primera y segunda etapa, y paralelamente se realizaron cursos de capacitación a personal de enfermería. Para la certificación de parteras, se estableció coordinación con el IMSS, el IMSS-Solidaridad y el Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral (CONOCER) para la elaboración de una Norma de Competencia Laboral para Parteras.

Durante el período del informe se logró capacitar a 2 243 prestadores de servicios que contribuirán a mejorar la calidad de la atención de la embarazada.

Se elaboraron cuatro lineamientos técnicos relacionados con la prevención, diagnóstico y manejo de la infección puerperal, cesárea segura, estimulación temprana y prevención y detección, atención y manejo de los defectos al nacimiento y tres manuales de atención para el embarazo saludable, parto y puerperio seguro, recién nacido sano, urgencias obstétricas y niñas y niños bien desarrollados. En el marco de la misma estrategia, se produjo y distribuyó a 18 entidades federativas el lineamiento para la campaña Arranque Parejo en la Vida y la guía para la operación de los equipos 4x4 del programa de acción y se elaboró un cartel, un tríptico y un spot denominado Para Dibujar una Vida Mejor.

Durante el año 2001 se proporcionaron 4.2 millones de consultas de control prenatal en la institución, por lo que en promedio cada embarazada recibió 3.44 controles durante su embarazo, cifra ligeramente superior a la del 2000 (3.39) y se estima que este indicador se mantuvo durante el primer semestre de este año.

Durante el año 2001 se atendieron 741 108 eventos obstétricos, de los cuales el 93 por ciento se atendieron en unidades médicas de la SSA y el 7 por ciento restante en las localidades rurales del componente comunitario, incluyendo los atendidos por las parteras tradicionales. De continuar la tendencia de los datos observados se espera que durante los primeros ocho meses del año 2002 se hayan atendido 528 658 eventos obstétricos.

Las acciones han contribuido a la reducción de la mortalidad materna en el país. De acuerdo con cifras oficiales del INEGI, en el año 2000 se registraron 1 310 muertes maternas, lo que significó una tasa de mortalidad materna de 4.68 defunciones por cada 10 000 nacidos vivos registrados y una reducción de 13.3 por ciento con respecto a 1990.

El análisis de las muertes maternas según variables sociodemográficas y de servicios muestran diferencias importantes. De acuerdo con los datos oficiales del año 2000, se estima que la edad promedio a la que ocurre la muerte materna en México es de 28.6 años y que el grupo de edad en el que hay una mayor incidencia es el de 25-29. Los datos por escolaridad indican una baja incidencia entre las mujeres de mayor escolaridad.



*Distribución Porcentual de Muertes Maternas según Grupos de Edad y Escolaridad  
México, 2000*

Grupo de edad	Porcentaje	Escolaridad	Porcentaje
< de 15	0.9	Ninguna	12.6
15-19	11.5	< de 3º de primaria	13.3
20-24	20.7	3-5 de primaria	13.3
25-29	22.2	primaria incompleta	25.0
30-34	20.9	secundaria	21.8
35-39	15.1	preparatoria	9.5
40 y más	8.7	profesional	4.4
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Para el año 2001, de acuerdo con información preliminar del SEED se estima una tasa de mortalidad materna fue de 4.53 defunciones por cada 10 000 nacidos vivos registrados. Los estados que registraron las tasas de mortalidad más altas fueron el Estado de México (6.6), Oaxaca (6.3) y Puebla (6.2).

También la mortalidad neonatal se redujo en los últimos años. Según cifras del INEGI, en el año 2000 ocurrieron oficialmente 23 522 defunciones neonatales, por lo que la tasa se estimó en 8.41 muertes por cada 1 000 nacidos vivos registrados y representó una reducción de 30 por ciento con respecto a 1990. La información preliminar de las defunciones neonatales según el SEED, indica que la tasa de mortalidad neonatal es de 7.84 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos registrados.

### *Salud Perinatal*

Con el propósito de garantizar una maternidad sin riesgos y para reducir las causas que afectan la salud del binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, se realizaron las siguientes actividades:

- El diagnóstico de la infraestructura de las posibles Clínicas y Hospitales Sí Mujer.
- Censo y capacitación de las parteras que colaboran con la SSA.
- Capacitación de prestadores de servicios para mejorar la calidad en la atención del parto.
- Elaboración y distribución de material didáctico para fomentar una cultura del autocuidado.
- Se logró que cada embarazada recibiera 3.44 consultas durante su embarazo, durante el primer semestre de este año.
- Se estima que de enero a agosto de 2002, se atienden más de 52 mil eventos obstétricos.

### *3.2.4. Climaterio, Postmenopausia e Infertilidad*

Durante el período de este informe se fortalecieron las acciones para informar a las mujeres sobre el cuidado de su salud, principalmente en el período perimenopáusico, menopáusico y postmenopáusico; así como para favorecer la atención oportuna y reducir los efectos causados por la reducción de la función gonadal.

***Entre las principales actividades destacaron:***

- Se llevaron a cabo las modificaciones sugeridas por la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría al Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-035-SSA2-2000, Prevención y Control de Enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia, el documento final está en revisión para su publicación como Norma Oficial Mexicana en el Diario Oficial de la Federación.
- Se inició con el Colegio Mexicano de Sociedades de Climaterio, la difusión del Proyecto de Norma entre los profesionales de la medicina y con el público, mediante reuniones mensuales.
- Inició un proyecto con el Instituto Tecnológico de Monterrey, para incluir el PROY-NOM-035 en el currículo del Diplomado en Climaterio y Menopausia que ofrece el Instituto vía electrónica.
- Asimismo, se están elaborando materiales de información y educación para la población en general.

En materia de infertilidad, se constituyó el Comité Consultor Temporal para revisar la utilización de células troncales. La conclusión de este comité fue que es importante continuar con la investigación de esta metodología, con fines terapéuticos, pero por el momento no con fines de aplicación a la reproducción humana. Se continúa con la promoción del autocuidado de la salud sexual y reproductiva, para evitar las infecciones de transmisión sexual, principal causa de infertilidad en nuestro medio.

En materia de reproducción asistida, se está revisando una propuesta de reglamento para la aplicación de estas técnicas.

### ***3.2.5. Cáncer Cérvico-uterino***

El programa de acción de Cáncer Cérvico-uterino, tiene como misión brindar información y servicios de calidad, para contribuir a que todas las mexicanas prolonguen su vida saludable y sin riesgos, con respeto absoluto a su libre decisión. Las acciones en la SSA han contribuido a informar a hombres y mujeres sobre los riesgos del cáncer cérvico-uterino, a que tomen mejores decisiones sobre el autocuidado de su salud y busquen oportunamente el apoyo y la atención de los servicios de salud accesibles, de calidad y eficientes.

Con el fin de fortalecer la infraestructura del programa se distribuyeron insumos para realizar más de 3 millones de estudios de Papanicolaou; también se distribuyeron insumos para dar tratamiento a 500 mil pacientes en las clínicas de displasias y se distribuyó instrumental y equipo a las nuevas clínicas de displasias de las 32 entidades federativas del país.

Para avanzar en la estrategia de privilegiar la atención en los estados y municipios de alto riesgo y mayor rezago en su cobertura en áreas rurales y zonas marginadas, con apoyo de unidades móviles se hicieron actividades de detección, diagnóstico y tratamiento con personal altamente calificado, como médicos especialistas en colposcopia y citología, y enfermeras capacitadas en la técnica de la toma de muestra cervical Papanicolaou. El logro en cuanto a los estados programados para visitas se puede observar en el siguiente cuadro.

*Campañas de las Unidades Móviles de Cáncer Cérvico-uterino  
según Entidad Federativa*

Estados visitados hasta diciembre de 2001	Estados programados agosto de 2002	Estados visitados hasta agosto de 2002
Veracruz	Chiapas	Chiapas
Michoacán	Campeche	Campeche
Chiapas	Estado de México	Estado de México
Oaxaca	Querétaro	Querétaro
Guanajuato		Yucatán
Guerrero		San Luis Potosí
		Chihuahua

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva.

Para consolidar el uso y manejo de la información, así como para avanzar en el establecimiento del sistema único de información de cáncer cérvico-uterino en el Sector Salud, se hicieron visitas a los estados de Guerrero, Veracruz, Morelos, Oaxaca, Chihuahua, Colima, Nuevo León, Aguascalientes, Distrito Federal y Yucatán.

Por otro lado, para contribuir a la difusión y promoción de la prevención del cáncer cérvico-uterino, se elaboró un Lineamiento de Comunicación para la campaña El Papanicolaou una Esperanza de Vida, que se transmitió a nivel nacional del 8 de marzo al 31 de mayo del 2002, a través del radio y la televisión. También se elaboró un díptico plastificado con la técnica de la toma de Papanicolaou, sobre tratamientos de los procesos inflamatorios cérvico-vaginales y otro con información sobre las características clínicas de la cervicitis y vaginitis más comunes.

Con el fin de definir estrategias y acciones de capacitación y mejoramiento operativo del Programa, se realizó una reunión con personal de los 23 estados y municipios prioritarios en mortalidad por cáncer cérvico-uterino, en la que participaron en total 130 personas. Asimismo, con el propósito de fortalecer la asistencia técnica de los prestadores de servicio del programa, específicamente en las clínicas de displasias, se llevó a cabo la reunión nacional de colposcopistas, con la asistencia de 140 médicos, lo que permitió unificar los criterios para la atención de pacientes en todo el país.

Además se impartió un curso de prevención y control del cáncer cérvico-uterino para personal de enfermería con una asistencia de 40 participantes. En apoyo a la Compañía Avon se realizó la “Semana de la Salud de la Mujer” durante el mes de mayo con la toma de 220 muestras cervicales (Papanicolaou) a las promotoras de la compañía, de las cuales 15 se atendieron en la clínica de displasias instalada, confirmándose cinco lesiones premalignas. También se participó en la EXPO-MUJER que se realizó en el *World Trade Center*, en coordinación con la Asociación de Lucha contra el Cáncer, ofreciendo servicios para la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y realizando 617 estudios de Papanicolaou. Además se efectuaron reuniones de coordinación con el Grupo Técnico Interinstitucional de Cáncer Cérvico-uterino, para definir los criterios de evaluación del programa del período 2002-2006.

Con la finalidad de corregir las desviaciones y fortalecer el servicio del programa de prevención y control del cáncer cérvico-uterino se realizaron visitas de supervisión y asesoría técnica a los estados de Oaxaca, Estado de México, Puebla, Jalisco, Chiapas, Morelos, Colima, Nayarit, Veracruz, Yucatán, Tabasco y Guerrero. Lo anterior contribuyó a la detección oportuna de desviaciones y a la emisión y ejecución de medidas correctivas para asegurar la prestación eficiente, eficaz y de calidad de los servicios.

Las acciones realizadas en este componente han tenido importantes resultados tanto en el número de detecciones, como en el número de displasias y cánceres detectados. Durante el año 2001 se efectuaron 2.2 millones de citologías para la prevención y el control del cáncer cérvico-uterino, de las cuales 945 508 fueron citologías de primera vez en mujeres de 25 a 64 años de edad, alcanzándose una cobertura global del 30.1 por ciento del total de mujeres de 25 a 64 años de la población potencialmente usuarias de los servicios de la institución. De acuerdo con los datos del PROCACU, de enero a agosto del 2002 el avance en la meta de exámenes para detecciones es de 73.9 por ciento, de 49.8 por ciento en la meta esperada de detección de displasias y de 29.2 en la detección de cáncer.

*Número de Detecciones, Displasias y Cánceres Detectados  
2001-2002*

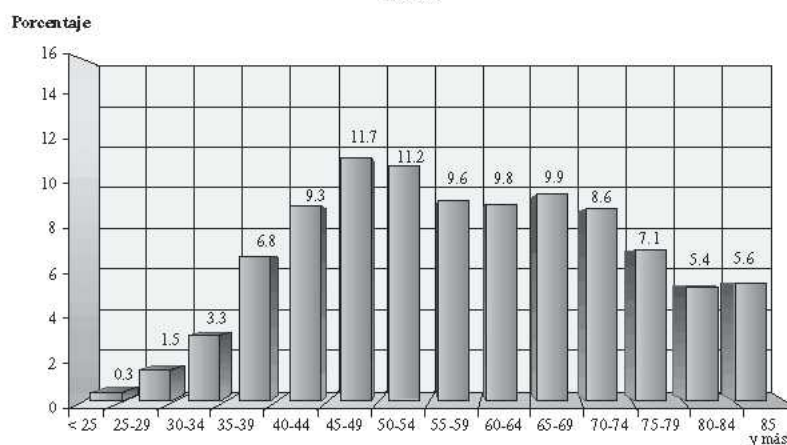
Concepto	2001	Agosto esperada	2002 alcanzada	Diciembre 2002
Exámenes para detecciones	2 266 111	2 380 950	1 760 176 73.9 %	2 640 264
Displasias	37 372	64 285	32 035 49.8 %	48 052
Cáncer	4 532	11 904	3 477 29.2 %	5 216

Fuente: PROCACU 2000.

Las acciones realizadas en la SSA, han contribuido a la reducción de la mortalidad por esta neoplasia maligna en el país. Según el INEGI, en el año 2000 ocurrieron 4 601 muertes entre las mujeres de 25 años y más, lo que representó una tasa de 19.29 defunciones por cada 100 mil mujeres de este grupo de edad. Con respecto a la tasa de 1990 es una disminución de 22.7 por ciento.

Los datos de cáncer cérvico-uterino según aspectos sociodemográficos y de servicios indican que existe una mayor incidencia de muertes entre las mujeres de 45 a 70 años y que la edad promedio a la que mueren las mujeres por este tipo de cáncer es a los 58.6 años de edad. Por escolaridad se observa una fuerte incidencia entre las mujeres de baja escolaridad, así como entre mujeres sin ninguna derechohabiencia y derechohabientes del IMSS.

*Distribución porcentual de muertes por Cáncer Cérvico-Uterino según grupo de edad  
2000*



Fuente: INEGI.

*Distribución Porcentual de Muertes por Cáncer Cérvico-uterino según Derechohabiencia y Escolaridad México, 2000*

Derechohabiencia	Porcentaje
Ninguna	43.6
IMSS	45.4
ISSSTE	7.4
PEMEX	0.7
Fuerzas Armadas	1.1
Otra	1.8
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Escolaridad	Porcentaje
Ninguna	30.6
< de 3 <sup>o</sup> de primaria	21.9
3-5 de primaria	13.8
Primaria incompleta	21.7
Secundaria	6.3
Preparatoria	2.8
Profesional	2.9
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: PROCA CU 2000.

En el año 2001 según cifras preliminares del SEED, se estima que la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino fue de 17.75 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 a 64 años de edad. De acuerdo con estos datos preliminares los estados en donde se registran las tasas más altas son Colima, Chiapas, y Oaxaca con 25.91, 25.25 y 25.80 respectivamente de defunciones por cáncer cérvico-uterino por cada 100 mil mujeres de 25 años y más.

### 3.2.6. Cáncer de Mama

El Programa de Acción Cáncer de Mama, tiene como objetivo brindar información y servicios de calidad en materia de prevención y control, para contribuir a que todas las mexicanas prolonguen su vida saludable y sin riesgos con absoluto respeto a su libre decisión.

Las acciones llevadas a cabo durante el período del informe han contribuido a que hombres y mujeres estén bien informadas de los riesgos del cáncer mamario y que tomen mejores decisiones para el autocuidado de su salud y busquen oportunamente el apoyo y la atención de los servicios de salud accesibles, de calidad y eficientes.

En cumplimiento a la estrategia de definir lineamientos metodológicos para mejorar la competencia técnica del prestador de servicios en la detección oportuna del cáncer de mama, en enero se realizó el curso básico de Patología de la Glándula Mamaria en los estados de Chihuahua, Coahuila, Colima, Guanajuato, México, Morelos, Puebla, Tamaulipas y Sonora, así como el curso de Actualización en Imagenología de la Glándula Mamaria. Con éstas se capacitó a un total de 360 prestadores del servicio de salud en unidades del primer y segundo nivel de atención.

Durante el mes de mayo se realizó el Tercer Congreso Nacional de Mastología y el II Seminario Internacional de Detección Oportuna de Cáncer Mamario, también se realizaron acciones de coordinación y gestión, con la finalidad de incrementar las acciones de detección, prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, y se firmó un convenio entre la empresa *Johnson & Johnson* y los Servicios de Salud del estado de Nayarit.

También se participó en el curso-taller de Diagnóstico Oportuno de Cáncer de Mama dirigido a enfermeras de primer nivel de atención, contando con 40 participantes de diferentes entidades federativas, y se colaboró en la 1ª Semana de Salud de la Mujer que organizó *AVON Cosmetics* para sus vendedoras y distribuidoras, realizando la exploración clínica de la glándula mamaria y la enseñanza de la autoexploración, atendándose a 250 mujeres.

Durante el período que se informa, se participó en emisiones del Centro Mexicano de Educación en Salud por Televisión (CEMESATEL) órgano educativo con sede en el Hospital Infantil "Federico

Gómez” que transmite su señal a unidades hospitalarias en la República Mexicana, así como en tres programas de difusión masiva de la Televisión Mexiquense.

Las acciones para la detección oportuna del cáncer mamario muestran avances importantes, ya que el número de mastografías muestra una tendencia a la alza. Para agosto del 2002 se estima que el número de mastografías llegue a 30 505 y que el número de mastógrafos se incremente en un 12.9 por ciento con respecto a los instalados en el 2001. Sin embargo el por ciento de uso de la capacidad instalada se ha mantenido a través de los años en un 22.4, lo que indica una subutilización de los equipos y una necesidad de seguir fortaleciendo la capacitación y sensibilización del personal prestador de servicios y la sensibilización y toma de conciencia de las mujeres en la detección oportuna del cáncer de mama.

*Número de Mastografías  
Secretaría de Salud, 1998-2002*

Concepto	1998	1999	2000	2001	2002*
Número de mastografías	23 327	32 836	39 618	42 210	30 505
Diferencia % del año anterior con respecto al siguiente	100 %	41 %	21 %	7 %	7 %
Número de mastógrafos	45	53	58	62	70
Capacidad instalada	118 800	139 920	153 120	163 680	184 800
% de uso	20 %	23 %	26 %	26 %	17 %

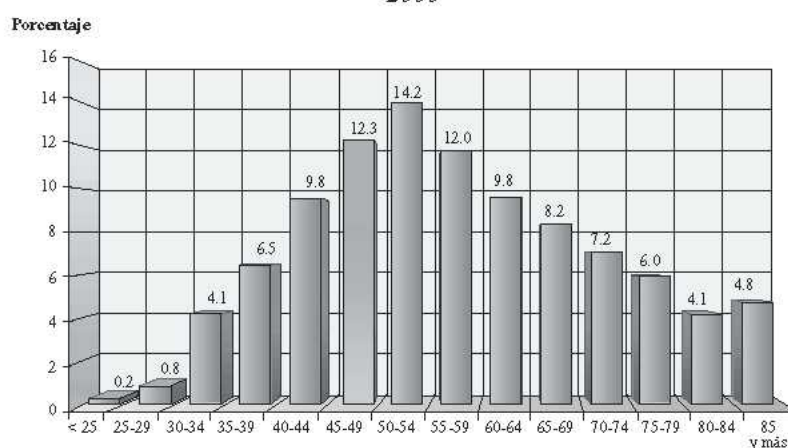
\* Estimado enero-agosto 2002.  
Fuente: Registros específicos del programa de CAMA.

Por otro lado, durante el 2001 se realizaron 3 543 101 detecciones, encontrándose 3 529 568 resultados negativos a patología mamaria y se refirieron como casos sospechosos a 13 533 (0.3 por ciento) mujeres por presentar alguna alteración mamaria.

Las acciones en cáncer de mama han contribuido al cambio en la tendencia de la mortalidad por este cáncer. De acuerdo con datos del INEGI, hasta 1995 se observa una tendencia sostenida a la alza, pero a partir de este año se ha mantenido estable y con ligero descenso en los dos últimos años (ver Anexo Estadístico).

El análisis según la edad, indica que existe una fuerte incidencia de muertes por cáncer mamario entre las mujeres de 40 a 69 años de edad y que entre las mujeres jóvenes la incidencia es muy baja. La edad promedio a la que mueren las mujeres en México por cáncer mamario se estima en 57.2 años.

*Distribución porcentual de muertes por cáncer mamario según grupo de edad 2000*



Fuente: INEGI.

Los datos por escolaridad señalan que la incidencia es muy similar en todos los niveles de escolaridad excepto para las mujeres con primaria incompleta en donde la incidencia es aproximadamente del doble.

*Distribución Porcentual de Muertes por Cáncer Mamario según Derechohabiencia y Escolaridad México, 2000*

Derechohabiencia	Porcentaje
Ninguna	29.9
IMSS	53.3
ISSSTE	11.2
PEMEX	1.4
F. ARMADAS	0.8
OTRA	3.5
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Escolaridad	Porcentaje
Ninguna	12.8
< de 3º de primaria	13.2
3-5 de primaria	13.0
Primaria incompleta	26.6
Secundaria	13.9
Preparatoria	9.7
Profesional	10.8
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

En el año 2001 según cifras preliminares del SEED, se estima que la tasa de mortalidad por cáncer mamario sea de 14.62 defunciones por cada 100 000 mujeres de este grupo de edad. Los datos indican que las tasas de mortalidad más altas se registraron en el Distrito Federal (22.6), Baja California Sur (19.94) y Tamaulipas (19.48).

### 3.3. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Actualmente, el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica está integrado por 33 cuadros de estructura: una dirección general, 6 de direcciones de áreas, 7 subdirecciones y 19 jefaturas de departamento. Con el propósito de fortalecer las acciones de coordinación de las áreas operativas, se modificó la estructura con la reducción de 2 subdirecciones y la incorporación de 2 jefaturas de departamento.

El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica continuó con las funciones relacionadas con bases para el establecimiento y conducción de la política nacional en materia de atención a la salud del adulto y del anciano; de prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles y de accidentes; de atención de urgencias epidemiológicas y desastres; de prevención y tratamiento de la salud bucal: así como de vigilancia epidemiológica y laboratorio; así como coordinar y efectuar la supervisión y evaluación de los programas prioritarios encomendados a la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, en colaboración con las unidades administrativas competentes; y fomentar, coordinar y efectuar investigación en materia de prevención y control de enfermedades y accidentes, así como participar en la realización de estudios que permitan mejorar y actualizar los métodos y técnicas en la materia, entre otras.

Entre los procesos y proyectos a cargo del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica se encuentran:

- Salud Bucal.
- Tuberculosis.
- Lepra.
- Vector.
- Oncocercosis.
- Rabia.
- Atención al envejecimiento.
- Diabetes.
- Cardiovascular e Hipertensión Arterial.
- Cáncer de próstata.
- Urgencias.
- Accidentes.
- SINAVE EPID.
- InDRE.
- Administrativo.
- Capacitación.

### 3.3.1. Salud Bucal

Este programa de acción fue presentado en el XIV Encuentro Nacional de Escuelas y Facultades de Odontología. Su propósito es reducir la incidencia y la prevalencia de la caries dental y de la enfermedad periodontal, además de recuperar la salud bucal de la población en general.

Para la operación del Programa de Salud Bucal se han considerado dos fases: la intensiva y la permanente. La primera se operacionaliza a través de las Semanas Nacionales de Salud Bucal en la que se realizaron 38.6 millones de acciones preventivas y casi 1.5 millones de acciones curativo-asistenciales, con incrementos del 102.1 y 7.1 por ciento, respecto a lo realizado en el período previo.

Con el fortalecimiento de las acciones permanentes, se logró que durante el período septiembre de 2001 a agosto 2002 se realizarán más de 11.8 millones de acciones curativo-asistenciales distribuidas en:

- 1.8 millones de obturaciones con resina y amalgama, 94.7 por ciento de lo programado.
- 506 mil terapias pulpares, con una reducción de 3.2 por ciento de lo previsto.
- Se realizaron 25 mil cirugías bucales, 1.5 por ciento más de lo programado.
- Más de un millón de extracciones dentales, con una reducción de 3.6 por ciento con relación a lo previsto.
- Como apoyo diagnóstico se realizaron más de 169 mil radiografías, 6.4 por ciento menos de lo estimado, entre otros.

Se estima que al finalizar el año 2002 a través de la fase permanente también se realicen casi 2.1 millones de limpiezas dentales; más de 803 mil aplicaciones tópicas de flúor; con poco más de 2.1 millones



de instrucciones de higiene oral, y 262 mil detecciones de alteraciones de tejidos bucales. La eficiencia de éstas últimas acciones se espera sea en promedio del 100 por ciento.

*Programa Permanente Acciones Curativo Asistencial*

Actividad	Enero-diciembre 2001			Enero-diciembre 2002		
	Meta	Logro	Eficiencia %	Meta	Esperado	Eficiencia %
Limpieza dental	2 395 858	2 388 304	99.7	2 424 608	2 066 143	85.2
Aplicación tópica de flúor	755 119	781 192	103.5	764 180	803 213	105.1
Odontoxesis	764 781	792 221	103.6	773 958	758 137	98.0
Instrucción de higiene oral	0	0	0.0	1 867 957	2 148 701	115.0
Detección de alteraciones en tejidos bucales	252 250	230 381	91.3	255 277	262 360	102.8
Selladores de fosetas y fisuras	427 699	476 848	111.5	432 831	483 014	111.6
Extracciones	1 102 111	1 073 385	97.4	1 115 336	1 102 985	98.9
Obturaciones de amalgama	1 591 097	1 605 455	100.9	1 610 190	1 626 678	101.0
Obturaciones con resina	266 674	266 962	100.1	269 874	279 798	103.7
Técnica tra	177 823	190 643	107.2	179 957	188 513	104.8
Obturaciones semipermanentes	638 406	651 530	102.1	646 067	673 514	104.2
Terapias pulpares	519 351	503 273	96.9	525 583	510 832	97.2
Cirugía bucal	24 725	24 758	100.1	25 022	26 571	106.2
Farmacoterapia	823 005	860 697	104.6	832 881	862 772	103.6
Otras atenciones	1 254 120	1 245 750	99.3	1 269 169	815 369	64.2
Rayos "X"	179 873	173 801	96.6	182 031	180 810	99.3
<b>Total</b>	<b>11 172 892</b>	<b>11 265 200</b>	<b>100.9</b>	<b>13 174 921</b>	<b>12 789 409</b>	<b>100.1</b>

Para la atención de la salud bucal de la población infantil, se impulsaron las acciones del componente de salud bucal del preescolar y escolar. Con la realización de más de 60.3 millones de acciones preventivas, 55.4 por ciento más que el período anterior. Estas acciones se integraron por:

- 23.6 millones de enjuagues bucales.
- 16 millones de instrucciones de técnica de cepillado.
- Casi 10 millones de acciones para el control de placa dentobacteriana.
- 10 millones de instrucciones en el uso del hilo dental.

### 3.3.2. Tuberculosis

El Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis se ubica en la segunda estrategia sustantiva del Programa Nacional de Salud "Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres".

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa, generalmente crónica. En México representa un problema importante de salud pública y una prioridad en salud, afecta a cualquier grupo de edad, con mayor frecuencia a la población en edad productiva, de igual forma a hombres que a mujeres.

La mortalidad por tuberculosis pulmonar continúa descendiendo, en 1999 ocupó el lugar número 19. En el año 2000 y 2001 ya no se encuentra dentro de las 20 principales causas de muerte en el país.

La tasa actual es de 2.8 muertes por 100 000 habitantes, el 95 por ciento de éstas ocurren en mayores de 15 años. Las entidades con mayor problema epidemiológico son: Baja California, Chiapas, Nayarit, Veracruz, Oaxaca y Tamaulipas. La morbilidad por tuberculosis pulmonar ha mantenido una tendencia estacionaria durante los últimos 5 años oscilando alrededor de 20 casos por 100 000 habitantes en mayores de 15 años, en el 2001 la tasa fue de 22.9 en este grupo de edad.

Para la presente administración se reorientaron las acciones para estructurar un Programa más ambicioso y novedoso en la historia de nuestro país llamándolo “México Libre de Tuberculosis”, que involucra a todas las instituciones del Sector Salud.

El Programa se sustenta en un modelo cuya misión y visión se dirigen a mejorar la calidad de vida, brindando protección y atención para la curación de los mexicanos y mexicanas a través de nueve componentes fundamentales divididos en dos grupos: tres son sustantivos, dirigidos a la población general: Protección oportuna, Atención de excelencia y Curación segura, mediante estrategias innovadoras para asegurar desde la detección hasta la curación con calidad en la población afectada; y seis componentes estratégicos, orientados al personal de salud y las organizaciones con una intervención fortalecida para el Desarrollo Técnico y Humanístico, Activación social para corresponsabilizar a la población en el combate a la tuberculosis, Coordinación y Organización, Información y Evaluación, Estructura e Insumos e Investigación.

Entre las actividades más relevantes se encuentran:

- La presentación del Programa de Acción “México Libre de Tuberculosis” 2001-2006 a la sociedad en general, líderes del programa en los estados e instituciones de salud con participación de organismos nacionales e internacionales.
- Evaluación de 1 340 microscopistas por el InDRE para el desempeño en el proceso de baciloscopias para tuberculosis.
- Organización de intervenciones integradas al Paquete Básico de Servicios de Salud.
- Colaboración en la elaboración y difusión de material educativo del programa con el Centro de Información para Decisiones en Salud (CENIDS).
- Seguimiento operativo a los estados mediante 40 visitas de septiembre a diciembre del 2001, para evaluar avances y establecer compromisos.
- México a solicitud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), asiste como evaluador del Programa de Tuberculosis en Argentina y asesora los programas de Honduras y República Dominicana, fortaleciendo así la coordinación internacional.

#### *Actualización Médica*

- México es sede del “Primer Curso Internacional Intensivo de Resistencia en Tuberculosis”, con apoyo de la Unión Internacional Contra la Tuberculosis (UICTER), con la asistencia de 27 líderes nacionales de nueve países de Centroamérica y el Caribe (Guatemala, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, El Salvador, Panamá, República Dominicana y Haití) además de México. Se consensaron los lineamientos y compromisos para la atención de tuberculosis farmacorresistente en la región.
- Primer Curso Nacional Intensivo de Farmacorresistencia en Tuberculosis para líderes estatales.

- VI Curso de Actualización en Tuberculosis en el Niño y en el Adulto, con 390 asistentes de las distintas disciplinas en salud involucradas con la tuberculosis de las entidades e instituciones y participación de 49 profesores de excelencia.
- 1 054 cursos de actualización en tuberculosis en las entidades federativas y elaboración del paquete didáctico de tuberculosis.
- Colaboración Operativo-Académica con el Programa de Residencia en Epidemiología Aplicada.
- Capacitación en EPI-INFO a los responsables estatales del programa.
- Apoyo en la capacitación en tuberculosis integral en el IMSS e ISSSTE.
- Evaluación de 400 microscopistas de la SSA, 66 del IMSS, 48 del ISSSTE y 29 del IMSS-Solidaridad.
- Asistencia de líderes del programa por su desempeño a cursos nacionales (dos a maestría y dos a diplomados) e internacionales (cinco a Nicaragua).

#### **Activación social**

- Celebración nacional del “Día Mundial de Lucha Contra la Tuberculosis” con 19 530 pláticas a 393 070 asistentes. Distribución de más de 301 mil impresos educativos, emisión de cerca de 16 225 mensajes por radio, televisión y prensa. Además de actividades intensivas a nivel nacional, estatal, jurisdiccional y local con eventos sociales y académicos y la participación de organismos nacionales e internacionales donde se exhortó a todo el personal de salud a intensificar acciones para garantizar un “México Libre de Tuberculosis”.
- Coordinación y gestión ante Comité Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis, para donación de un laboratorio móvil.

#### **Colaboración externa**

- Colaboración binacional con EUA en consenso para garantizar un sistema de información binacional y la “Tarjeta Binacional de Salud en tuberculosis” para migrantes con tuberculosis o con riesgo de padecerla, con objeto de dar continuidad al tratamiento fortaleciendo el Programa “Vete Sano, Regresa Sano”.
- México es el representante de América en la Iniciativa Mundial *STOP-TB*, de la Organización Mundial de la Salud.
- Reunión Grupo *STOP-TB* en Washington, EE.UU., para proponer la inclusión de aspectos sociales en el programa mundial.
- Participación en reuniones de trabajo y evaluación de tuberculosis farmacorresistente en Estonia y Bolivia, donde México presentó el programa y propuso estrategias.

#### **Coordinación y organización**

- Integración de un equipo de líderes nacionales y estatales comprometidos en la operación y logro de metas del programa “México Libre de Tuberculosis”, integrado por las áreas de: Vigilancia Epidemiológica, Laboratorio de Salud Pública, Promoción de la Salud, Atención Médica y Enseñanza.

- Gestión de apoyos externos al “Plan Puebla-Panamá”, para fortalecer las acciones del programa en nueve entidades.
- Organización de intervenciones integradas al Paquete Básico de Servicios de Salud para tuberculosis.
- Gestión de compra de medicamentos para farmacoresistencia al Comité Luz Verde dirigido por la Organización Mundial de la Salud para aprobación de un proyecto piloto.

### Investigación

- Estudio de factores de riesgo de No Curación en Tuberculosis Pulmonar en Chiapas, México, en colaboración con el programa de Residencia en Epidemiología Aplicada.
- Publicación de tres artículos en el Boletín Semanal de Epidemiología, como capacitación a distancia para el personal de salud.

### Avance de Metas

Concepto	Ene-dic 2001	Ene-dic 2002	Diferencia
Detecciones	439 604	470 376	+7 %
Baciloscopias de diagnóstico	643 899	708 288	+10 %
Casos diagnosticados	10 151	10 707	+5 %
Curación	82.0 %	85.00 %	+3 %
Contactos estudiados	94.0 %	95.00 %	+1 %
Casos resistentes estudiados en COEFAR	30.0 %	60.00 %	+100 %
Cobertura TAES en municipios prioritarios	89.0 %	100.00 %	+11 %
Reducción de la tasa de mortalidad	2.5 %	2.37.00 %	-5 %

### 3.3.3. Lepra

La Organización Mundial de la Salud ha definido como indicador de “eliminación de la lepra como problema de salud pública”, cuando la tasa de prevalencia sea de menos de un caso por cada 10 mil habitantes en una área geográfica. México alcanzó la meta de eliminación de la lepra a nivel país en 1994, pasando de 17 188 casos con tasa de 2.04 por 10 mil habitantes en 1991 a 6 404 casos con tasa de 0.71. En el año 2001, la prevalencia alcanzada fue de 0.15 casos por 10 000, con 1 470 enfermos; sin embargo, Sinaloa y Colima y 100 municipios de 21 estados, prevalecen con tasas por arriba del indicador de eliminación. Aún cuando se alcanzó el objetivo en México, la lepra continúa siendo un problema de salud pública y un reto para el país, debido a la presentación de casos nuevos en más de la mitad de los estados, 35 por ciento de los casos nuevos se diagnostican con discapacidad ocasionada por la enfermedad.

Con el propósito de consolidar la eliminación de la lepra como problema de salud pública en México y reducir las discapacidades que ésta genera, durante el período de análisis se impulsó la promoción de la salud en las áreas de riesgo, se fortalecieron las acciones de detección oportuna, notificación y estudio de contactos, asimismo se mejoró la calidad en el diagnóstico y se continuó otorgando gratuitamente el tratamiento a todos los casos nuevos.

Nuestro país continúa en fase de consolidación de la eliminación, reconociendo que se requiere

fortalecer las actividades del Plan de Eliminación, con la búsqueda de casos nuevos en población de mayor exposición, especialmente al realizar el examen dermatológico de los contactos de los enfermos registrados en los cinco años más recientes. Simultáneamente, se realizarán encuestas en municipios prioritarios y en localidades donde se han diagnosticado casos multibacilares (MB) en el mismo período, se mantendrá la asesoría y seguimiento de las acciones en todas las entidades federativas, conservando la capacitación continua del personal que participa en las acciones del programa.

La evolución de la lepra mantiene una tendencia descendente tanto en el número de casos en control (prevalencia), como en el de casos nuevos (morbilidad) y se espera que para el 2006 se logre la meta de eliminación en todos los estados, si se mantienen las estrategias de búsqueda y de tratamiento con poliquimioterapia (PQT).

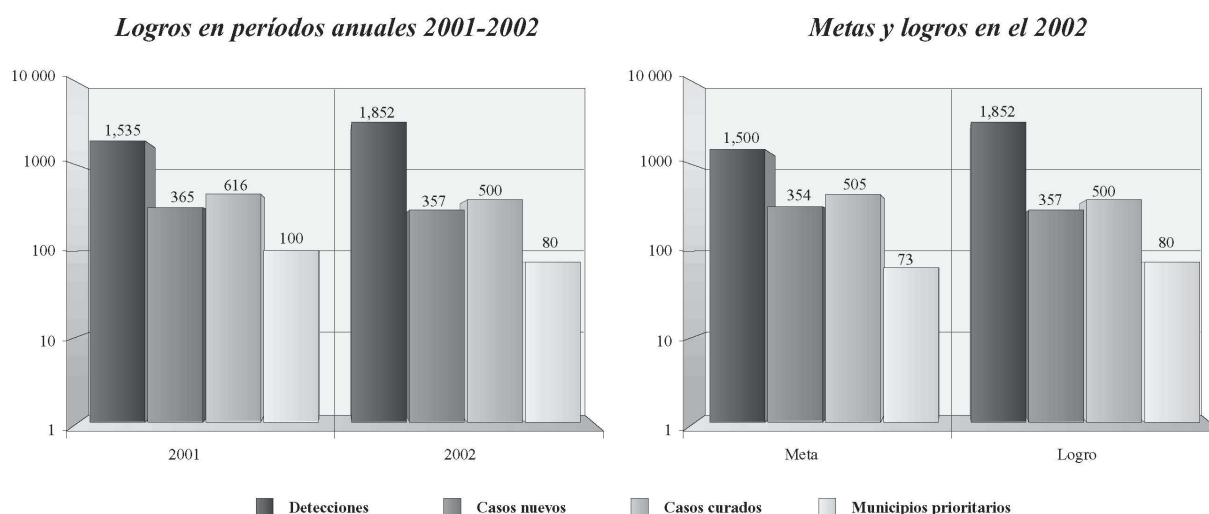
Las actividades más relevantes fueron:

- Intensificación de acciones de búsqueda de casos nuevos en las áreas tradicionalmente endémicas.
- Capacitación en dos cursos de Actualización en el Diagnóstico de Laboratorio de Lepra, para 32 microscopistas procedentes de estados y jurisdicciones endémicas de lepra.
- Asesoría a las 32 entidades federativas y 40 jurisdicciones sanitarias, para el adecuado desarrollo de actividades del programa.
- Distribución de medicamentos en donación con el apoyo de la OPS/OMS, a los servicios estatales de salud y otras Instituciones del sector, en suficiencia para la poliquimioterapia (PQT) a todos los casos de lepra registrados.
- Conmemoración del "Día Mundial de Lucha Contra la Lepra" celebrada con una ceremonia oficial en Mazatlán, Sinaloa, con representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), autoridades de salud del estado y especialistas de República Dominicana. Se exhortó a instituciones y servicios estatales de salud para intensificar las actividades de promoción, capacitación y búsqueda de casos en forma intensiva. Se realizaron 14 529 pláticas promocionales a grupos, con más de 158 mil asistentes, 3 860 cursos de capacitación y actualización en lepra dirigidos al personal de salud; así como la difusión de 278 mil mensajes impresos entre volantes, dípticos, carteles y espectaculares, la emisión de 13 135 mensajes educativos a través de radio, prensa y televisión.
- Segundo Encuentro Nacional de Líderes, donde se realizó la planeación estatal y estableció el Programa Operativo Anual 2003 para garantizar la uniformidad de las estrategias y metas para el país, así como la disponibilidad de los insumos del programa.
- Capacitación sobre Prevención de Discapacidades y Rehabilitación a personal interinstitucional.
- Curso taller del Programa de Consolidación de la eliminación de la Lepra.
- Distribución de medicamentos en los estados.

Además se logró:

- La realización de 1 852 exámenes de casos probables de lepra (detecciones), lo que significó un incremento de 21 por ciento con relación a lo realizado en el 2001.
- Se identificaron 357 casos nuevos, 2 por ciento menos que los casos diagnosticados el año previo.
- El número de municipios que no han eliminado la lepra como problema de salud pública en 2002 fue de 80, con una reducción de 20 por ciento en relación a los 100 municipios del 2001.

- Un incremento de 2 por ciento de cobertura de tratamiento al pasar de 95 a 97 por ciento.
- La meta de casos curados se alcanzó en un 99 por ciento al lograrse que 500 concluyeran la PQT.
- Todos los casos nuevos se incorporaron a tratamiento con PQT.



### 3.3.4. Atención de las Enfermedades Asociadas con la Deficiencia Endémica de Yodo

La deficiencia severa de yodo provoca cretinismo con estrabismo, sordomudez, deformidades músculo-esqueléticas y retardo mental. En las mujeres en edad reproductiva disminuye la fertilidad, y una vez embarazadas aumenta la mortalidad perinatal y la aparición de anomalías congénitas.

El comportamiento epidemiológico del bocio endémico en México ha permitido que la Organización Mundial de la Salud lo considere como un país en alcanzar la eliminación virtual de las enfermedades asociadas a la deficiencia de yodo, como se observa en la reducción de 59.5 por ciento de la tasa de bocio de 1995 a 2001, al pasar de 4.1 a 1.7 por 100 mil habitantes.

Para favorecer su eliminación virtual en el territorio nacional, se fortalecieron las acciones de este programa, entre las que destacan:

- El fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica, en el que se registran semanalmente los casos nuevos de bocio.
- La puesta en marcha de un proyecto de investigación, para evaluar la magnitud de las enfermedades ocasionadas por la deficiencia de yodo, a través de determinaciones en orina. Se espera contar con los resultados al concluir el presente año.
- Se logró la realización de 1 790 determinaciones de yodo en orina en los estados de Hidalgo, Colima y Estado de México.

La principal estrategia para evitar y prevenir las deficiencias de yodo es la yodación universal de la sal, que disminuye la aparición de casos nuevos y las complicaciones asociadas al mismo, aunado al reforzamiento de la vigilancia epidemiológica con mayor énfasis en las entidades con antecedentes de alta prevalencia de bocio.

### 3.3.5. Enfermedades Transmitidas por Vectores

El desarrollo de vectores que afecta la salud de la población, es un problema en el que participan diversos factores, por mencionar algunos de éstos: la diversidad climática y regional y los movimientos migratorios entre regiones, estados y países. Las poblaciones más afectadas son aquellas que habitan en el medio rural, agrícola, ganadero, petrolero, y centros turísticos.

A continuación se describen los avances más relevantes en el control epidemiológico de las enfermedades transmitidas por vectores:

#### *Paludismo*

Es una enfermedad transmitida por la picadura de un mosquito del género *Anopheles*. Actualmente la distribución geográfica de esta enfermedad incluye algunos estados de la costa del océano pacífico y la frontera sur del país. El principal factor de riesgo para la extensión de ese padecimiento son los movimientos poblacionales, principalmente los de Centroamérica, que ponen en peligro a las regiones libres de paludismo y a los centros turísticos del país.

El comportamiento epidemiológico de este padecimiento indica una tendencia descendente en los últimos tres años y cada vez más focalizado en seis entidades federativas: Chiapas, Chihuahua, Sinaloa, Tabasco, Oaxaca y Quintana Roo, que han registrado el 70 por ciento de todos los casos.

Con los beneficios de la estratificación epidemiológica, se logró el uso racional de insecticidas para el control del vector con una reducción del 33.6 por ciento y 44.8 por ciento de las localidades y casas respectivamente. Con la aplicación de la estrategia de eliminación de criaderos con participación activa de la comunidad se logró reducir en el 37.8 por ciento en el rociado antilarvario.

Entre las actividades realizadas destacan:

- La consolidación en la eliminación del insecticida DDT para el control de los vectores.
- Ampliación del modelo Oaxaca a todos los focos de transmisión de paludismo del país, por lo cual se ha reducido la incidencia en este año.
- Se ha dado especial seguimiento a los trabajos de control del paludismo en los estados de Oaxaca y de la frontera sur, en donde se continúan realizando investigación operativa para adecuar el modelo a las condiciones de transmisión local.
- Realización de un taller de coordinación y cooperación con representantes de todos los países de Centroamérica, asistidos por Organismos Internacionales.
- Con participación del nivel federal y del nivel estatal se logró incorporar de manera decidida la participación comunitaria y de las autoridades municipales.

El impacto obtenido se fundamenta en la estrategia actual del Programa Nacional denominada Control Focalizado que incluye: Estratificación epidemiológica integral, Eliminación de parásitos en la población persistente, Control antilarvario ecológico con participación comunitaria con énfasis en áreas de *A. Pseudopunctipennis* y Control químico de mosquitos adultos con insecticidas piretroides de bajo impacto ecológico, aplicados con técnica de bajo costo y alto rendimiento.

*Actividades de coordinación, supervisión, asesoría y capacitación*

- Durante el mes de enero en Reunión Binacional Chiapas-Guatemala se implantó e incorporó la nueva metodología en las cuatro jurisdicciones sanitarias de la frontera con Guatemala.
- En enero publicación del Proyecto de NOM (8-01-01) y posterior a cinco Reuniones con el Comité de Normalización para la revisión de la Norma Oficial de Vigilancia, Prevención y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores, se logró consensar y aprobar la NOM definitiva de próxima publicación.
- En mayo Reunión de la Región Noroeste con participación de OPS.
- A partir del mes de marzo y hasta el mes de junio se brindó apoyo, asesoría y capacitación para el programa de “Limpieza de Arroyos para la Prevención de Paludismo” en Tapachula y Palenque, Chiapas, Nayarit, Sinaloa, Sonora, Durango, Chihuahua, Quintana Roo y Campeche.
- Se integraron las áreas de Promoción de la Salud, Epidemiología, PAC y Oportunidades, para incorporarse en actividades de participación comunitaria, detección y tratamiento de enfermos.
- En julio se llevó a cabo el Primer Encuentro Nacional para la elaboración del POA.
- Se evaluaron en campo dos insecticidas, así como pabellones impregnados para la prevención de paludismo, en Nayarit y Veracruz.
- Participación en la Reunión del SMOCK en Tucson, Arizona, para informar de los avances sin el uso del DDT para el control del paludismo.

*Supervisión, asesoría y apoyo*

- Durante el período se dio continuidad al seguimiento del operativo de Control de Paludismo en la Costa de Oaxaca, asistiendo semanalmente a las reuniones de evaluación en donde participan las jurisdicciones I, II y IV, personal del nivel Estatal y Nacional, así como con participación intersectorial y extrasectorial.
- Brigadas del programa continúan brindando asesoría permanente en la jurisdicción Costa y Valles Centrales en la limpieza de criaderos, y para medir el impacto se efectuarán evaluaciones antes y después de realizada la actividad.
- Se brindó apoyo con primáquina a los estados de Chiapas y Oaxaca.
- Personal del área de entomología asistió durante el mes de enero a Morelia, Michoacán para la revisión del Programa de Paludismo.
- Durante el mes de abril se celebraron dos reuniones con la finalidad de reforzar la coordinación en la prevención y control del paludismo en la región de la frontera sur: una en Tapachula, Chiapas y la otra en Chetumal, Quintana Roo, en la cual participaron las entidades de la región fronteriza con Guatemala y Belice así como las autoridades de salud de los mencionados países.

En materia de capacitación, se presentó en Atlanta, EE.UU. la estrategia de México en el Control de la Malaria, causando gran impacto al foro internacional el uso racional de plaguicidas.

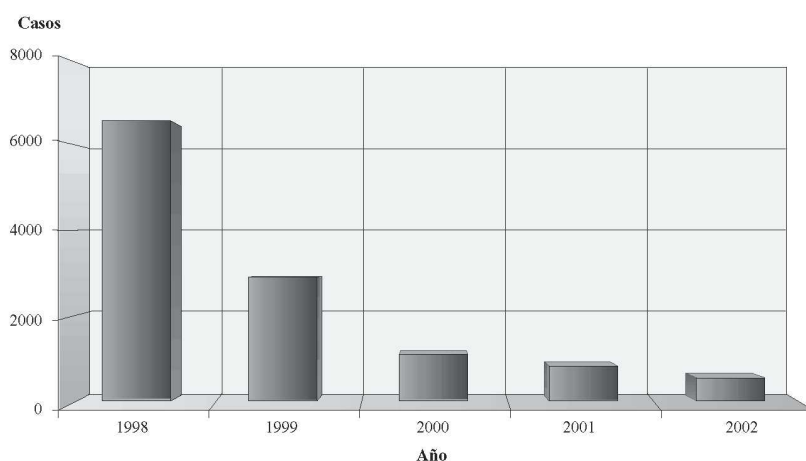
Se asistió a San Diego, California para participar en el foro internacional de eliminación del DDT en las Américas.



### Resultados

- En el período enero-diciembre del 2002 se estima que se presenten 3 781 casos de paludismo, cifra que representa una disminución del 21.7 por ciento comparativamente con el año anterior. En el 2002 las localidades positivas disminuyeron en 11 por ciento, comparativamente con el mismo período del año anterior. El rociado domiciliario logrará una reducción del 10 por ciento.
- 14 entidades federativas sin transmisión de paludismo.

Casos Registrados de Paludismo Comparativo



- Durante el presente año el 60 por ciento de los casos corresponden al estado de Chiapas, no obstante lo anterior, en la entidad se ha logrado una disminución del 40 por ciento en la incidencia de casos comparativamente con el mismo período durante el 2001. El 40 por ciento restante de los casos registrados se distribuye en 13 estados.
- En cuanto a localidades positivas presentan una tendencia similar al registro de casos, observándose durante el período de estudio una disminución del 11 por ciento.
- Chiapas ha recibido seguimiento individual, y Oaxaca continua con tendencia franca a la baja, logrando una disminución del 37 por ciento en el registro de casos, comparativamente con el año anterior.

### Investigación

- En Tapachula y Palenque, Chiapas, se está llevando a cabo la validación de la prueba rápida por inmunocromatografía para diagnóstico de Paludismo.

### Dengue

El Dengue es un problema de salud de tipo infeccioso causado por un arbovirus y su modo de transmisión es a través de la picadura de mosquitos infectados del género *Aedes aegypti*. Los principales síntomas son fiebre, dolor de articulaciones y ataque al estado general, en su forma hemorrágica provoca además de los síntomas anteriores, hemorragias por nariz y sangrado de encías.

Debido a que no existen vacunas ni medicamentos específicos, el control se dirige principalmente a la disminución y eliminación de las larvas del mosquito vector que se reproducen en los criaderos domésticos. Esta actividad junto con la activa participación comunitaria y la utilización de la metodología del enfoque de riesgo se han mantenido la morbilidad por dengue clásico en una tasa menor de 20 casos por 100 mil habitantes y la letalidad por dengue hemorrágico en 3 por ciento.

En el período que se informa se confirmaron 6 450 casos de dengue clásico lo que representa una disminución del 28 por ciento de acuerdo con los 9 000 casos esperados. Con el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la integración de las clínicas centinelas de febriles se diagnosticaron oportunamente 3 veces más casos de dengue hemorrágico.

Durante el período se registraron brotes en 14 de los 20 estados prioritarios asociados a la circulación del serotipo D-2 y a los movimientos de población de Centroamérica a los estados del sureste mexicano. Se realizaron actividades de prevención y control del vector en 3 978 localidades de riesgo, con medidas simultáneas de control larvario, eliminación de criaderos y nebulización racional.

Como alternativa para disminuir el riesgo del dengue se realizó la reunión con gobernadores de 15 estados prioritarios para establecer acciones inmediatas y definir los programas estatales emergentes. El nivel federal fortaleció el programa emergente con la aportación de 19.5 millones de pesos para la adquisición de insecticidas para nebulización espacial. Se logró un apoyo financiero del nivel federal con recursos de SEDESOL equivalente a 18 millones de pesos para contratos temporales y reforzar el programa emergente de dengue en estados prioritarios.

Asimismo, se participó en la emergencia de dengue en Centroamérica, brindando apoyo con personal especializado, equipos e insecticidas con lo que se logró la disminución del riesgo de brotes en el territorio nacional.

Se consolidó el modelo de participación comunitaria en los estados prioritarios y se integra como una estrategia para el control del vector y la prevención del dengue.

Entre las principales actividades destacan:

- La presentación del Programa de Vectores, que se fundamenta en el Programa Nacional de Salud para el período 2001-2006.
- En Veracruz se realizó el segundo taller internacional sobre el Modelo de Participación Comunitaria para la Prevención del Dengue.
- Se realizaron Talleres Regionales México-Centroamérica de dengue y paludismo en Yucatán y Oaxaca; y en Nuevo León se realizó el tercer taller para la elaboración del Modelo de Participación Comunitaria para la Prevención del Dengue.
- Se editó el programa de acción: Enfermedades Transmitidas por Vector para el 2001-2006.
- Los casos de dengue clásico de los estados de Colima y Veracruz representan más del 50 por ciento de la cifra nacional; sin embargo, el dengue hemorrágico se ubica en Guerrero, Yucatán, Quintana Roo, Chiapas y Colima.
- A las entidades de Colima, Veracruz, Chiapas, Guerrero, Quintana Roo y Yucatán se proporcionó apoyo técnico con equipos de nebulización, para el control de los brotes que se presentaron en este período.

- Las actividades de control involucraron el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y entomológica a través de la notificación diaria de los casos confirmados y la investigación entomológica en municipios de Quintana Roo, Yucatán, Guerrero, Chiapas, Colima, Veracruz, Oaxaca y Michoacán.
- En el mes de marzo se realizó la reunión con 12 estados prioritarios para la prevención y control del dengue, con énfasis en el reforzamiento de la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico de laboratorio, el control y la prevención con participación comunitaria.
- Asimismo, se presentó en San Diego, California, EE. UU., el modelo de participación comunitaria para la prevención del dengue.
- Durante el mes de abril en el marco del Programa Mesoamericano 2001-2002 se celebraron dos reuniones para reforzar la coordinación en la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por vectores en la frontera sur. La primera en Tapachula, Chiapas con la participación de autoridades de Guatemala y responsables de vectores de los estados de Oaxaca, Chiapas y Campeche. La segunda se realizó en Chetumal, Quintana Roo, de igual forma se contó con la participación de los estados fronterizos con Belice y con autoridades de salud de este país.
- Se realizó el segundo encuentro nacional para establecer las acciones y estrategias para el 2003.
- Se brindó apoyo técnico y con recursos a Honduras y El Salvador para el control del dengue.
- Realización del curso sobre fiebre hemorrágica del dengue con la finalidad de capacitar al personal para el diagnóstico, tratamiento y control del dengue.
- Reunión de seguimiento de las actividades de prevención y control del programa en los estados de Chiapas, Jalisco, Quintana Roo y Veracruz.
- Reunión para establecer el modelo de participación comunitaria para la prevención del dengue en el estado de Jalisco.
- Curso sobre el diagnóstico y tratamiento del dengue hemorrágico, con sede en Cd. Obregón, Sonora.
- Curso regional sobre el diagnóstico y tratamiento del dengue hemorrágico, con sedes en Chiapas, Jalisco, Monterrey y Veracruz.

### ***Resultados obtenidos***

- Se logró el control de los brotes que se presentaron en la península de Yucatán y en la costa del pacífico, específicamente en Acapulco, Gro.
- El apoyo técnico para la prevención y control en los estados que han presentado incremento de casos ha impactado favorablemente en el diagnóstico y tratamiento oportuno de los mismos.
- La estrategia de Patio Limpio del Modelo de Participación Comunitaria para la Prevención del Dengue se ha puesto en marcha en Yucatán, Veracruz, Quintana Roo, Tamaulipas y Guerrero con resultados positivos sobre el impacto en la densidad del vector y con buena aceptación en la comunidad.

### *Oncocercosis*

La oncocercosis es una enfermedad infecciosa, crónica, degenerativa que en etapas avanzadas puede provocar ceguera. El agente causal es una especie filaria y llamada *Onchocerca volvulus* y es transmitida al hombre por mosquitos del género *Simullium*. Este padecimiento afecta a las personas que viven en tres zonas bien definidas en los estados de Chiapas y Oaxaca.

Destaca las acciones emprendidas por nuestro país para el control de la oncocercosis, ubicándose como el país con mayores avances en la eliminación de esta enfermedad a nivel mundial, meta establecida por la Organización Mundial de la Salud en 1991.

Las metas comprometidas para este programa son:

- Mantener sin transmisión activa los focos de Oaxaca y Norte de Chiapas.
- Disminuir en un 10 por ciento los casos en el foco Sur de Chiapas.
- Obtener el 100 por ciento de coberturas de tratamiento en todas las comunidades reportadas como endémicas.

Cabe mencionar que durante el período de este informe se fortalecieron las acciones para asegurar tratamientos con mectizan a la población de alto riesgo y la extirpación de nódulos de la población afectada y de vigilancia epidemiológica.

### *Acciones relevantes*

- En enero se publicó el proyecto de NOM (08-01-01) y posterior a cinco reuniones con el Comité de Normalización para la revisión de la Norma Oficial de Vigilancia, Prevención y Control de la Enfermedades Transmitidas por Vectores, se logró consensar y aprobar la NOM definitiva.
- Se realizaron pruebas serológicas rápidas en menores de 15 años en cinco comunidades centinelas, una hiperendémica, dos mesoendémicas, una hipoendémica y 23 sospechosas de Chiapas y Oaxaca mostrando únicamente positividad en las muestras de las localidades hiperendémica y centinela del estado de Chiapas.
- En noviembre se llevó a cabo en la Ciudad de México la XI Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis y se capacitó a los responsables estatales en el manejo de información epidemiológica.
- Durante el mes de agosto se llevó a cabo la instalación del equipo de cómputo para los talleres del nuevo Sistema de Apoyo Informático para la Eliminación de Oncocercosis en México (SAIEM-ONCO) y se capacitó a 10 personas de los estados de Chiapas y Oaxaca, responsables estatales del programa y de informática sobre el manejo del nuevo sistema informático de captura y análisis de información.
- Se apoyó a Ecuador con 30 mil tabletas de mectizán.
- En febrero del 2002 se realizó con auspicio de OPEA un taller en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas sobre la planificación del programa. Derivado de éste se realizarán talleres de actualización en información en Sistemas para un mejor registro y análisis de la información.
- En el marco del programa Mesoamericano de cooperación se celebró en Tapachula, Chiapas, una reunión con la finalidad de reforzar la coordinación en la prevención y control de esta enfermedad en la región de la frontera sur.

- La OEPA donó cuatro equipos de cómputo para los estados de Oaxaca y Chiapas y uno para el programa de la Eliminación de la Oncocercosis del nivel nacional, así como un vehículo para el estado de Chiapas.
- Se recibió la donación de los laboratorios *Merck, Sharp & Dohme* de 633 mil tabletas de Mectizán.
- Durante el período de este informe, se logró el registro de 125 casos, que representan una disminución del 10 por ciento comparativo con lo notificado el año anterior.
- Se incrementó la vigilancia epidemiológica en Chiapas.
- Se logró cumplir la meta de dar cobertura con tratamiento al 100 por ciento de localidades endémicas, tratando un total de 145 674 personas en riesgo en primera dosis y 151 889 en segunda dosis, arriba del 85 por ciento establecido como mínimo por la Organización para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA).

### ***Enfermedad de Chagas o Tripanosomosis Americana***

La enfermedad de Chagas es una parasitosis causada por el *Trypanosoma cruzi* y se asocia a la pobreza. Las principales manifestaciones son fiebre, afectación al estado general del individuo, crecimiento del hígado, lesiones intestinales y en situaciones crónicas provoca la muerte.

Las metas de este programa incluyen:

- Dar tratamiento al 100 por ciento de los casos agudos.
- Reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica.

Entre las principales actividades destacan:

- Las gestiones con Bayer para la adquisición del medicamento de importación *Nifurtimox (Lampit)*.
- Se hizo contacto con el laboratorio Roche de Bueno Aires, Argentina para la compra de Benznidazol (Radanil) medicamento antichagásico.
- Se practicó búsqueda del vector en 1 140 localidades, 26 por ciento más que el año anterior.
- Mejoramiento de la vivienda en 211 451 casas, 4.8 por ciento menos que el año anterior.
- Se trabajó en 5 869 localidades en promoción de la salud, 14 por ciento menos que el año anterior.
- Se investigaron 182 916 personas sospechosas en 4 803 localidades.
- En materia de capacitación se realizó un curso regional donde se abordaron aspectos de vigilancia y control en conjunto con el programa de alacranismo, participaron aproximadamente 40 personas de los estados endémicos.
- Se realizó un taller de vigilancia y control de la Enfermedad de Chagas, en Cuernavaca, Morelos, en el cual participaron representantes, epidemiólogos y directores de bancos de sangre.

Los principales resultados del período se resumen como:

- Registro de 17 casos agudos y cinco crónicos con cardiopatías, chagásicas 100 por ciento más que el año pasado.
- Se registraron 135 casos serológicos, 30.8 por ciento menos en relación al período anterior.
- Se dio tratamiento al 100 por ciento de los casos agudos y a los menores de 18 años serológicamente positivos, con lo que se cumplió la meta de tratamiento al 100 por ciento.

### *Leishmaniosis*

La Leishmaniosis es una enfermedad tropical que afecta al hombre, su distribución geográfica es mundial y en México menos de una tercera parte de los estados presentan este problema. Es provocada por un parásito llamado *Leishmania* y se transmite al hombre a través de insectos conocidos como *Lutzomya*. Sus reservorios más comunes son el hombre, los mamíferos silvestres y domésticos. En el hombre provoca lesiones ulcerosas en cara y manos; y cuando afecta el pabellón auricular puede provocar la mutilación de éste.

Las metas de este programa son:

- Tratar al 100 por ciento de los casos de leishmaniosis cutánea localizada.
- Mejoramiento del sistema de vigilancia epidemiológica.

Entre las principales actividades de este programa, destacaron:

- La adquisición del medicamento de elección por parte de los estados endémicos con el laboratorio Aventis Pharma. Además se estableció el compromiso con el laboratorio para la importación continua al país de dicho medicamento.
- La compañía *Thermosurgery Technologies, Inc.* fabricante del equipo de termocirugía utilizado para el tratamiento de leishmaniosis cutánea localizada, envió nuevas unidades sin costo para sustituir a los equipos que se estaban utilizando en el país desde 1996.
- Se realizó el taller teórico-práctico sobre la Prevención y Control de la Leishmaniosis y el manejo del equipo de termocirugía.
- Se entregaron los equipos de termocirugía a los estados de: Campeche, Chiapas, Nayarit, Quintana Roo, Tabasco y Veracruz.
- El número de localidades trabajadas en promoción de la salud fue de 573, igual que el año anterior.
- Se trabajó en 558 localidades en la búsqueda de casos.
- El número de personas investigadas fue de 123 895.
- Se capacitó sobre tratamiento con termocirugía para la leishmaniosis cutánea, a 40 personas de 11 estados endémicos para el padecimiento.
- Se llevó a cabo un taller en el mes de agosto sobre actualización en leishmaniosis, en el cual se abordaron aspectos de epidemiología, diagnóstico, tratamiento y control de los vectores.

Durante el período de este informe los principales avances fueron:

- Se registraron 1 714 casos, con un ascenso del 126 por ciento con relación al año anterior, (99 por ciento de la forma cutánea localizada) debido al fortalecimiento de la búsqueda en los estados con mayor problema permitiendo la detección de un mayor número de casos.
- La meta de tratamiento se cumplió en un 90 por ciento por la introducción del fármaco *glucantime* y a la introducción al país de seis aparatos de termocirugía, los cuales se distribuyeron a los estados con mayor endemidad.
- La meta de reforzamiento se cumplió debido al curso-taller que se realizó en Tapachula en el mes de agosto y en el cual se ratificó la importancia del sistema de vigilancia para leishmaniosis.

### *Intoxicación por Picadura de Alacrán o Alacranismo*

La presencia de alacranes y su reproducción se da en un entorno ecológico, en donde no sólo existe este artrópodo, sino que coexiste con otros insectos causantes de enfermedades como el paludismo y el Chagas, que se presentan principalmente en áreas rurales.

La intoxicación por picadura de alacrán o alacranismo, es un problema de salud pública, puede o no presentar un cuadro sintomático tóxico, afecta a diferentes órganos y sistemas, produciendo una amplia gama de signos y síntomas causados por estimulación del sistema nervioso central. El programa de Alacranismo se desarrolla principalmente en 16 entidades federativas, en las que habitan especies de alacranes altamente tóxicos del género *Centruroides*, no obstante, existe vigilancia epidemiológica en todas las entidades federativas.

Las metas comprometidas para este período fueron:

- Disminución del 10 por ciento en el número de accidentes por picadura, debido a las acciones de participación comunitaria para el mejoramiento de la vivienda.
- Se propone una disminución paulatina del 10 por ciento anual del control químico, y priorizar el control físico mediante el saneamiento y mejoramiento de la vivienda enfatizando, impacto ambiental, efectividad y costos.
- Que las 16 entidades federativas prioritarias para el componente se integren a la estrategia de “participación comunitaria” en la prevención y control de IPPA.

### *Acciones y resultados*

- Se estima que al finalizar el año 2002, se presenten 201 522 casos por intoxicación por picadura de alacrán, que representan una disminución del 2.3 por ciento con respecto al año anterior. El descenso, aunque aún no significativo permite predecir que las acciones de control físico y químico contra el alacrán, y otras como la participación comunitaria en la mejora de las viviendas, pueden favorecer una paulatina disminución en la incidencia de casos.
- Se registraron 20 defunciones que comparativamente con las 62 ocurridas el año anterior, representan un descenso del 67.7 por ciento. Este comportamiento se atribuye a la mayor disponibilidad del antídoto específico, así como a la atención oportuna de los casos de picadura de alacrán, en las unidades de salud, centros comunitarios, y en casas de salud atendidas por voluntarios capacitados.
- Para el tratamiento de los casos se aplicaron 104 588 frascos de suero antialacránico.
- Se realizaron 14 788 pláticas en la comunidad.
- En 985 localidades se realizaron medidas de saneamiento y mejoramiento de las viviendas.
- En 921 localidades se aplicaron medidas químicas para el control del insecto.
- Se realizaron 624 estudios entomológicos en áreas de riesgo.
- Asistencia a Simposium “Envenenamiento y Reacciones Tóxicas por Animales Ponzofiosos” organizado por el IMSS-SILANES.
- Diseño y realización del “Curso-Taller regional (norte, centro y sur), Alacranismo y Enfermedad de Chagas”.

- Participación en el curso de adiestramiento sobre participación comunitaria “Patio Limpio”, para personal operativo del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- En proceso de aprobación los protocolos para evaluar la eficacia y calidad de los dos antídotos utilizados en México por IPPA.
- Se estableció la coordinación y el compromiso de cooperación en la investigación de antídotos, métodos y reactivos de diagnóstico para enfermedades transmitidas por vectores y otros, con el Instituto BIOCLON.

### **3.3.6. Zoonosis**

El contacto directo o indirecto con animales enfermos provoca en el hombre enfermedades conocidas como zoonosis, entre las que se encuentran la brucelosis, rabia y la Taeniosis/Cisticercosis.

Para el control de estas enfermedades, la Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica fortaleció las acciones de vigilancia, promoción y educación para la salud, en las zonas en donde se registra una alta incidencia.

Entre las acciones destacaron el impulso que se dio a la búsqueda de casos, al seguimiento y estudio de las zonas de contagio y al tratamiento inmediato de éstos, entre otros.

#### ***Brucelosis***

El objetivo de este programa es reducir la morbilidad y la mortalidad por esta enfermedad, a través del fortalecimiento de las intervenciones dirigidas al reservorio.

Esta enfermedad es ocasionada por bacterias del género *Brucella* que afecta directamente al ganado caprino y que de manera accidental se trasmite al hombre, a través de la ingesta de leche, queso fresco y derivados lácteos que se producen de manera artesanal.

Cabe mencionar que se trabajó estrechamente con la Secretaría de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural para el control de los reservorios, logrando la vacunación del ganado caprino en 17 entidades federativas.

Con el propósito de identificar los casos de brucelosis, durante el período del informe se realizaron 323 mil estudios de laboratorio, 4.5 por ciento más que el período previo, y se identificaron 2 654 casos, 10 por ciento menos que el lapso anterior.

En el análisis de las fuentes de contagio se demostró que la principal fuente fueron los quesos con un 48.1, leche con 22.7 por ciento y el 27.5 por ciento a otros alimentos. El resto corresponde al contacto directo del hombre con animales enfermos, como es el caso de los pastores, trabajadores de rastro, laboratoristas y veterinarios, entre otros.

#### ***Rabia***

La rabia es una enfermedad aguda mortal, que tiene su principal efecto en la irritación del sistema nervioso central de los mamíferos, que se transmite de unos a otros por saliva a través de una mordedura.

Para reducir el impacto que tiene esta enfermedad en el hombre, se fortalecieron las acciones del Programa de Acción para la Prevención y Control de la Rabia, con el que se espera reducir la mortalidad



por rabia en humanos a través de acciones para el control de la rabia canina, incremento de la cobertura de vacunación a estas especies, promoción y la participación de los dueños de mascotas para el cuidado de las mismas.

Este programa tiene dos fases: la permanente y la intensiva. En la primera se vacunaron 15.9 millones de perros, 9.6 por ciento más de lo programado para el período septiembre de 2001 a agosto de 2002 y 10 por ciento más que los perros vacunados en el mismo período anterior. Los casos confirmados de rabia llegaron a 82, con una reducción de 47 por ciento respecto a los casos confirmados al período anterior. Con la activa participación de escuelas y facultades de veterinaria, de los municipios y contando con la participación voluntaria y responsable de los dueños de mascotas, se realizaron 59 mil cirugías de esterilización, más del doble de cirugías realizadas en el período anterior y 95 por ciento de lo programado para este período.

Las acciones intensivas se realizaron a través de la estrategia de la Semana Nacional de Vacunación Antirrábica Canina, que tiene como ejes de acción la promoción, educación para la salud y fomento de la participación ciudadana, principalmente en municipios y localidades de alto riesgo. Se aplicaron 10.6 millones de dosis biológicas, con un avance de 70 por ciento de la meta anual programada y cifra similar a las dosis aplicadas en la fase intensiva del año anterior.

Durante el período de este informe se fortalecieron las acciones para el monitoreo del virus rábico en los animales cautivos por agresión o sospecha de enfermedad, así como las dirigidas a la aplicación oportuna de vacuna antirrábica humana con biológicos obtenidos de cultivos celulares que reducen significativamente las reacciones post vacunales.

Las consultas a personas agredidas ascendieron a 114 mil, que representan 26 por ciento más respecto al período previo; los tratamientos iniciados en estas personas llegaron a 39 mil con un avance de 91 por ciento de lo estimado para este período.

Con el propósito de identificar el agente transmisor de la rabia, así como su caracterización y patrón de comportamiento, se contó con el apoyo del INDRE para la tipificación del 20 por ciento de las muestras positivas identificándose las siguientes variables:

*Variantes*

Variante	Especie agresora	Entidad Federativa
VI	Perro	20 Entidades Federativas
VII	Murciélagos	Chiapas, Hidalgo, Puebla, Tabasco y Veracruz
V10	Zorrillo	Nayarit, Guanajuato, San Luis Potosí y Zacatecas
9	Murciélagos insectívoro	Chihuahua, Guanajuato, Nuevo León, Puebla y San Luis Potosí
5	Murciélagos hematófago	Michoacán y Querétaro
7	Zorro	Hidalgo, Sinaloa, Sonora y Zacatecas

El exceso de la población canina es un problema de salud pública, requiere de la concientización y participación de la comunidad, para mantener vacunadas a sus mascotas, evitar que éstas deambulen por las calles y que se reproduzcan indiscriminadamente, por lo que dentro de las actividades para la estabilización de la población canina, a través de la coordinación con ONG's, autoridades municipales y escuelas de veterinaria del país, se controlaron 350 mil perros no deseados o sin dueño. Para apoyar estas actividades, se firmó un convenio de concertación de acciones entre la Secretaría de Salud y el

Comité Pro-Animal, así como de acciones de esterilización de mascotas, que involucró la participación de la Secretaría de Salud, los servicios estatales de salud y los grupos protectores de animales.

En materia de capacitación se realizaron los siguientes eventos:

- Taller de Capacitación a personal de 1er. nivel sobre “Atención del Paciente Expuesto a Rabia” en Ecatepec, Estado de México y en Tehuacán, Puebla, contando con 78 participantes.
- Foro Taller en Investigación en Salud Animal y Retos en la Producción, organizado por la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, de la UNAM, con 70 participantes.
- Taller para personal médico veterinario y técnicos de los Centros de Atención Canina, en Técnicas de Esterilización de Mascotas, en coordinación de la WSPA, en Durango y Puebla con 132 asistentes.
- Taller de Práctica Profesional en Técnicas Quirúrgicas de Esterilización de Mascotas, en coordinación con la Fundación Antonio Haghenbeck y de la Lama, en Yucatán, Veracruz, Nayarit, Tlaxcala, Coahuila, y Sonora, con 153 participantes.

### ***Taeniosis/Cisticercosis***

La ingesta de carne de cerdo infectada por larvas de *Tenia Solium* puede provocar Taeniosis. La Cisticercosis está asociada al fecalismo al ras del suelo, así como a las deficiencias en la higiene personal ya que propicia el consumo de huevos de *Tenia* en alimentos contaminados o por la cohabitación con una persona portadora de *Tenia*.

La Cisticercosis porcina tiene una mayor presencia en las áreas rurales, se relaciona con el deambular de los cerdos en la comunidad y al uso de las porquerizas como sanitarios. Por ello, durante el período de este informe se impulsaron las acciones para la prevención, el control epidemiológico y la promoción hacia la modificación de hábitos en la población que vive en las zonas de mayor prevalencia. Cabe mencionar que en el control de este padecimiento es fundamental la participación activa de la población en el autocuidado y en el cuidado del ambiente.

Las acciones para la reducción de la morbilidad por Taeniosis/Cisticercosis requiere del mejoramiento de la calidad en la atención de los enfermos, la promoción de acciones específicas en el reservorio, la coordinación entre las diversas instancias y la identificación de zonas de alta prevalencia, entre otras.

Con las acciones de detección se logró la identificación 871 casos de teniosis en el período septiembre 2001 a agosto de 2002, cifra menor en 4.2 por ciento con relación a los casos detectados en el período previo. La confirmación de los casos por laboratorio fue del 26.2 por ciento, cifra similar al lapso anterior.

Los casos de cisticercosis ascendieron a 695, con un incremento de 45 por ciento respecto al período anterior y 9.9 por ciento más respecto a lo previsto.

El 17.7 por ciento de los casos fue tratado con el antiparásitario *praziquantel* y el resto 82.3 por ciento con albendazol. Para romper con la cadena de transmisión se trató a los contactos con los mismos antiparásitos medicamentos.

Para informar a la población que reside en las áreas de riesgo sobre las medidas de prevención, se proporcionaron 6 116 pláticas, además se distribuyeron más de 17 mil materiales impresos.

### 3.3.7. Cólera

El cólera es una enfermedad gastrointestinal aguda de etiología bacteriana cuyo agente causal es el *Vibrio cholerae*. El cuadro clínico se manifiesta por diarrea de intensidad variable, que puede provocar deshidratación grave, choque hipovolémico y diversas alteraciones homeostáticas que conducen a la muerte. El Programa Nacional de Salud 2001-2006 incorporó en la estrategia para reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres al programa de acción del Cólera, que tiene tres componentes con acciones para reducir los factores de riesgo de transmisión y diseminación del padecimiento, y los que influyen en la mortalidad. Estos componentes son:

*Vigilancia epidemiológica:* este componente recopila, analiza y difunde a los usuarios información de los daños a la salud causados por este padecimiento; además propicia la pesquisa de casos sospechosos, garantiza la notificación oportuna e identifica las áreas de riesgo, para orientar la instrumentación de operativos especiales.

*Saneamiento básico:* la SSA en coordinación con la Comisión Nacional del Agua y con los organismos operadores de los sistemas de agua y alcantarillado asegura la calidad del agua para uso y consumo humano e identifica oportunamente la presencia del *Vibrio cholerae* en el ambiente para evitar su diseminación.

*Desarrollo humano:* considera dos rubros, el primero dirigido al personal de salud por medio de la capacitación técnica y el aspecto humanístico, a través de talleres de sensibilización que permiten el desarrollo personal e interpersonal de los involucrados en la salud pública del programa propiciando la atención de los pacientes de manera adecuada oportuna y de calidad y evitar que las personas enfermen y por supuesto mueran por este padecimiento; y el segundo, es brindar a la población las medidas básicas para evitar enfermar, a través de la modificación de sus hábitos y costumbres higiénicas y alimentarias, considerando los problemas específicos y las necesidades educativas que se presenten en los niveles urbano, semiurbano y rural, especialmente en zonas de riesgo indígenas.

Las actividades realizadas durante el período comprendido de septiembre de 2001 a agosto de 2002 son:

- Se trabajó en 18 449 localidades, que representó un 151 por ciento más respecto al período anterior.
- Se encuestaron 976 818 viviendas y se evaluaron a más de 4.0 millones de personas en riesgo, 76 y 83 por ciento más que en el período anterior.
- Además se obtuvieron 79 393 muestras para estudio bacteriológico, 16 por ciento menos que en el período anterior.
- Se realizaron 5.4 millones de determinaciones de cloro residual libre, 135 por ciento más.
- Para la prevención de la deshidratación se distribuyeron 2.3 millones de sobres de Vida Suero Oral, 80 por ciento más que el período anterior.
- En Querétaro se realizó el Encuentro Nacional de Prevención y Protección de la Salud 2002, con 80 asistentes responsables del programa y epidemiólogos estatales.
- Con las acciones emprendidas se ha logrado que en los últimos diez meses no se hayan presentado casos de cólera.
- Reforzamiento de la búsqueda activa de casos sospechosos en unidades hospitalarias y en la comunidad.
- Mejoró la oportunidad de la notificación.

- Toma de muestras de heces con hisopo rectal a casos sospechosos.
- Ministración de tratamiento a casos sospechosos y contactos.
- Actividades de cerco epidemiológico peri domiciliario alrededor de los casos sospechosos.
- Información a la población sobre las medidas básicas de prevención.
- Capacitación técnica y humanística en el manejo y tratamiento de los pacientes.
- Identificación y control de posibles fuentes de infección.
- Atención oportuna de casos sospechosos.

Destaca que la OMS retiró a México de la lista de países infectados por cólera en Latinoamérica.

### **3.3.8. Atención al Envejecimiento**

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 contempla al envejecimiento como un problema emergente de salud pública para el cual se tienen que definir prioridades de atención. El perfil demográfico del país ha sufrido una transformación, lo que ha provocado un crecimiento de los grupos de edad avanzada que se vincula con problemas de salud de larga evolución, de difícil prevención y más costosos.

En México actualmente el 7.2 por ciento del total de la población es mayor de 60 años lo que representa la existencia de 7.4 millones de habitantes en este grupo de edad. En virtud de lo anterior, y dada la necesidad de contar con una instancia que apoye los esfuerzos en salud tanto públicos como privados, en 1999 se instaló el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN) para establecer esquemas preventivos que permitieran a la población llegar a la vejez en un buen estado de salud físico y mental.

Entre las acciones más relevantes realizadas durante el período de este informe se encuentran:

- La elaboración, edición y difusión del programa de acción: Atención al envejecimiento, el cual fue presentado ante la sociedad en la explanada de la Pista de Remo y Canotaje “Virgilio Uribe” en Cuernavaca, D. F.
- Actualmente existen Comités Estatales de Atención al Envejecimiento en 18 entidades federativas, en las que se distribuyeron acervos bibliográficos y la “Carpeta gerontológica y de Geriatría”, productos obtenidos mediante la colaboración técnica y científica con la OPS.
- Continuaron los trabajos de asesoría con la Red Nacional de Enfermería a favor de la atención del Envejecimiento.
- Se elaboró y editó la Cartilla Nacional de Salud para la y el Adulto Mayor, para un mejor control de las acciones de prevención y control de las enfermedades más frecuentes en este grupo.
- Se elaboraron los lineamientos de trabajo para la Semana Nacional para Gente Grande a realizarse en coordinación con el Instituto Nacional para los Adultos en Plenitud.
- Con la participación de las instituciones del Sector Salud se vacunó a un millón de adultos en plenitud contra la Influenza y las neumonías.
- En el seno del Acuerdo de Colaboración Técnica entre Países México Canadá y con la participación de la OPS se editó la Guía para el Desarrollo de un Sistema Integral de Apoyo para el Envejecimiento Activo, que propone estimular un diálogo entre los países panamericanos

sobre los lineamientos básicos de una estrategia regional para el envejecimiento activo y con ello llegar a un consenso para fomentar la salud y el bienestar de las personas mayores.

- Participación en el Congreso Internacional para la Atención del envejecimiento realizado en Madrid, España, presentando el proyecto “Política de Apoyo para la Atención del Adulto Mayor” y la Cartilla de Salud de la y el Adulto Mayor.
- Mediante el Plan para reducir la mortalidad por enfermedad cerebro vascular, se atendieron a 310 587 personas mayores de 60 años con hipertensión arterial, logrando un control adecuado de sus cifras de presión arterial en el 50 por ciento de los enfermos, lo que contribuirá a prevenir en cerca del 20 por ciento el riesgo de presentar un evento de enfermedad cerebro vascular.
- Además se procesó la base de datos obtenida mediante la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento realizada durante el 2000 y 2001.
- Se realizó la 1ª Reunión del Comité Regional de Vigilancia de los Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles, con la participación de representantes de los países de la región.
- Elaboración del manual de procedimiento “Mediciones Clínicas y Antropométricas para el Adulto y Adulto Mayor” y se impartieron cuatro talleres en los que participaron 400 prestadores de servicios.
- Se participó en el 2º Encuentro Nacional de Prevención y Protección de la Salud del 10 al 12 de junio en la Ciudad de Juríca, Qro., con la intervención de los responsables del programa de salud del adulto y el anciano y se desarrolló el taller de programación para el año 2003.
- Realización de dos cursos para la Capacitación de Tutores para la Atención de los Adultos Mayores, con la participación de 100 prestadores de servicio en cada curso.
- Distribución de 500 mil Cartillas Nacionales de Salud para la y el Adulto mayor en el período enero-mayo del 2002. Se espera terminar el año con la distribución de 2.5 millones.

### ***Prevención y Control de Diabetes***

La diabetes continúa siendo un problema de salud pública en México. En el año 2000 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 46.9 por 100 mil habitantes, además se estima, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2000, que existen 5.5 millones de personas que la padecen, de las cuales 1.3 millones desconocen estar enfermas.

Por lo anterior, en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se plantean como prioridad, intensificar las acciones de prevención y detección para la diabetes, con el propósito de retardar la aparición de la enfermedad y diagnosticar oportunamente los casos, para ingresarlos a tratamiento y así disminuir los riesgos de las posibles complicaciones o muerte temprana.

Para cumplir con este objetivo se fortaleció la promoción de estilos de vida saludables; la detección temprana de las personas con diabetes; la capacitación al personal de salud y de la población mediante su participación en Grupos de Ayuda Mutua, para coadyuvar al control metabólico de la enfermedad, además de la realización de Campañas de Comunicación Social y Educativa de forma permanentes.

En el período de este informe destacó:

- La elaboración edición y difusión del Programa de Acción que fue presentado a la comunidad médica en la Academia Nacional de Medicina.
- Con el propósito de dar seguimiento al desarrollo de los programas y mantener actualizado al personal se realizaron dos reuniones con los responsables estatales del Programa de Salud del Adulto y del Anciano.
- Se desarrollaron 15 talleres estatales sobre el Manejo de Insulinas y Mediciones Clínicas y Antropométricas, contando con la participación de 1 700 trabajadores de la salud.
- Continuó la Campaña de Prevención y Control de la Diabetes.
- Como parte del Proyecto Fronterizo de Diabetes, México-EE. UU. se desarrollaron tres cursos de capacitación para promotores en diabetes.
- Las detecciones realizadas ascendieron a 5.8 millones con un incremento de 61 por ciento respecto a las realizadas durante el período anterior.
- La operación de 5 103 grupos de ayuda mutua para las y los enfermos con padecimientos crónicos, representó un incremento del 13 por ciento respecto al período anterior.
- La participación de más de 107 mil personas en los grupos de ayuda mutua, 14 por ciento más.
- Con las intervenciones del programa se eleva cada año las coberturas de las acciones de detección entre la población expuesta; se ha logrado el control metabólico de 33.6 por ciento de los pacientes en tratamiento y que actualmente el 40.0 por ciento de las unidades médicas cuentan con un grupo de autoayuda.
- La prevalencia de diabetes se estima del 10.9 por ciento, y la tasa de mortalidad por esta causa en 2000 fue de 46.9 por 100 mil habitantes.

*Programa de Acción: Diabetes Mellitus  
Evaluación Comparativa Según Unidad de Medida, SSA 2001-2002*

Unidad de medida	2001			Enero-mayo 2002			Enero-diciembre 2002		
	Meta	Alcanzado	%	Meta	Alcanzado	%	Meta	Estima de*	%
Detecciones	5 900 000	5 771 261	97.8	5 900 000	2 433 267	41.2	5 900 000	5 839 841	99.0
Casos en tratamiento	500 000	288 928	57.8	600 000	276 937	46.2	600 000	327 080	54.5
Casos controlados**	101 414	97 060	95.7	114 098	91 514	80.2	134 757	114 478	85.0
Grupos de Ayuda mutua***	4 738	5 371	113.4	6 456	5 371	83.2	6 456	5 375	83.3
Pacientes integrados****	72 232	67 817	93.9	88 620	67 817	76.5	104 665	103 330	96.7

\* Proyecciones con base en SISPA enero-mayo del 2001.

\*\* La meta representa el 35.1 y el 41.2 por ciento (metas del 2001 y 2002 respectivamente) de los casos reales en tratamiento.

\*\*\* 28.4 y 38.7 por ciento (metas del 2001 y 2002 respectivamente) del total de unidades del 1º nivel de atención (16,683).

\*\*\*\* 25 y 32 por ciento (metas del 2001 y 2002 respectivamente) del total de pacientes en tratamiento.

En el año 2001 se efectuaron 5.7 millones acciones de detección. En el período enero-mayo se realizaron 2.4 millones, por lo que se espera que a término de este año, se alcancen 5.8 millones, es decir, superando las del año pasado y cumpliendo el 99 por ciento de la meta planteada para este año. Con lo anterior se incrementará en un 13 por ciento el número de personas con diabetes en tratamiento para su control, disminuyendo las posibilidades de presentar complicaciones y muertes a edades tempranas.

En el año 2001 se alcanzó el 95 por ciento de la meta planteada respecto al control de la enfermedad. De enero a mayo del 2002, se ha alcanzado el 80 por ciento, esperando terminar el año con el cumplimiento del 85 por ciento de la meta programada. Lo anterior se debe al planteamiento de metas más ambiciosas para este año.

### ***Prevención y Control de las Enfermedades Cardiovasculares y la Hipertensión Arterial***

Entre las principales causas de muerte en nuestro país se encuentran las enfermedades del corazón con una tasa de 69 por 100 mil habitantes y del total de ellas, la enfermedad isquémica, representa más del 60 por ciento. Por otro lado, las enfermedades cerebro vasculares se ubican en el sexto lugar con tasa de 25.5 por 100 mil habitantes.

El perfil epidemiológico de México muestra un aumento sostenido en la prevalencia de algunas enfermedades entre la población mayor de 20 años como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las dislipidemias y la obesidad, que exponen a la población que las padece a enfermedades cardiovasculares, principalmente.

Para proteger la salud de la población y prevenir o retardar la aparición de las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo así como las complicaciones de mayor prevalencia entre las poblaciones adulta y adulta mayor, la SSA puso en marcha el Programa de Prevención y Control de las Enfermedades Cardiovasculares y la Hipertensión Arterial.

Entre sus actividades incluyen: la promoción de estilos de vida saludables; la detección temprana de las enfermedades; el desarrollo de Grupos de Ayuda Mutua; la capacitación al personal de salud y de la población; y el desarrollo de campañas permanentes de comunicación social y educativa.

Durante el período enero a agosto de este año destacan las siguientes actividades:

- La publicación en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-037-SSA-2000, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Dislipidemias.
- Elaboración, edición y difusión a las 32 entidades federativas del Programa de Acción, el cual fue presentado a la comunidad médica en la Academia Nacional de Medicina.
- Se desarrollaron materiales promocionales para la prevención y control de la hipertensión arterial y la distribución de más de un millón y medio de material impreso.
- Realización de 8.5 millones de detecciones, lo que permitió elevar a 451 mil las personas en tratamiento.
- El programa se ha visto apoyado con el establecimiento de 5 103 grupos de ayuda mutua mixtos en los que participan cerca de 90 mil pacientes con HTA y sus familiares.
- Mediante el “Plan para reducir la mortalidad por enfermedad cerebro vascular”, se atendieron a 310 587 personas mayores de 60 años con hipertensión arterial, con el control adecuado de las cifras de presión arterial en el 56 por ciento de los enfermos.
- Se desarrolló un plan de capacitación sobre calibración de equipos (baumanómetros), mediciones clínicas biológicas y antropométricas para personal de salud con la realización de cuatro Talleres estatales con la participación de 400 trabajadores de la salud.
- El 40 por ciento de las unidades médicas cuentan con un grupo de autoayuda.

- Se elaboró la Cartilla Nacional del Hombre y la Mujer (edad adulta) y la y el Adulto Mayor, en la que se consideran intervenciones de promoción, detección y control del paciente con enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial.
- Realización de dos reuniones con los responsables estatales del Programa de Salud del Adulto y del Anciano.
- Publicación de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 respecto a Enfermedad Cardiovascular e Hipertensión Arterial, con las recomendaciones pertinentes en materia de salud pública.

### Resultados Obtenidos

- Se logró el control de las cifras de presión arterial en el 44.2 por ciento del total de los pacientes en tratamiento y el 72.4 por ciento de las personas mayores de 60 años con hipertensión.
- La prevalencia de hipertensión arterial es de 30.05 por ciento.
- La tasas de mortalidad en el 2000 por enfermedades del corazón fue de 69.3 por 100 mil habitantes y de 25.5 por 100 mil habitantes, por enfermedades cerebro vasculares.

### Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial Evaluación Comparativa según Unidad de Medida

Unidad de medida	2001			Enero-mayo 2002			Enero-diciembre 2002		
	Meta	Alcanzado	%	Meta	Alcanzado	%	Meta	Estimado*	%
Detecciones	5 900 000	7 804 972	132.3	5 900 000	3 661 713	62.1	5 900 000	8 788 111	149.0
Casos en tratamiento	540 000	320 709	59.4	600 000	308 361	51.4	600 000	327 080	54.5
Casos controlados**	143 678	140 699	97.9	147 705	140 551	95.2	156 671	149 148	95.2
Grupos de Ayuda mutua***	4 738	5 371	113.4	6 456	5 371	83.2	7 607	5 375	70.7
Pacientes integrados****	72 159	50 132	69.5	92 508	50 132	54.2	98,124	10 330	105.3

\* Proyecciones con base en SISPA enero-mayo del 2001.

\*\* La meta representa el 44.8 y 47.9% (metas del 2001 y 2002 respectivamente) de los casos reales en tratamiento.

\*\*\* 28.4 y 38.7% (metas del 2001 y 2002 respectivamente) del total de unidades del P nivel (16 683).

\*\*\*\* 22.5 y 30.0% (metas del 2001 y 2002) del total de pacientes en tratamiento.

En el año 2001 se efectuaron 7.8 millones acciones de detección. En el período enero-mayo del 2002 se realizaron 3.7 millones, por lo que se espera que al término de este año, se alcancen 8.8 millones, es decir, superando en un millón las realizadas el año pasado y superando un 49 por ciento la meta propuesta para este año. Con lo anterior se incrementa el número de personas con hipertensión arterial en tratamiento para el control de su presión arterial disminuyendo las posibilidades de presentar complicaciones, discapacidad y muertes a edades tempranas.

En el año 2001 se alcanzó el 98 por ciento de la meta planteada respecto al control de la enfermedad de enero a mayo del 2002, se ha alcanzado el 95.2 por ciento, esperando terminar el año con el cumplimiento del 95.2 por ciento de la meta programada. Asimismo, se mantienen 5 371 grupos de ayuda mutua con la participación de cerca de 50 mil personas con hipertensión arterial, esperando que para el término del año se superen los 100 mil.



### ***Prevención y Control de Cáncer de Próstata***

Los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de muerte en nuestro país, con tasa de 55.2 por 100 mil habitantes en el año 2000.

En la última década se registraron 56 976 defunciones por cáncer de próstata, con un aumento en los años extremos del 25 por ciento, siendo el grupo de edad más afectado el de 65 y más años, seguido del de 15 a 65 años. En el 2000, se ubicó en el segundo lugar como causa de muerte en la población masculina en edad posproductiva con tasa de 70.1 por 100 mil habitantes. Es prioritario adoptar estrategias que faciliten la detección oportuna del cáncer de próstata a partir de los 40 años de edad.

La prevalencia histológica de la hiperplasia prostática benigna (HPB), aumenta de aproximadamente uno de cada cinco hombres en el grupo de 41 a 50 años, hasta cuatro de cada cinco a los 80 años.

El programa para la Prevención y Control de Cáncer de Próstata tiene como propósito prevenir o retardar la aparición de la Hiperplasia Prostática Benigna y el Cáncer de Próstata.

Entre las acciones realizadas destacan:

- La elaboración y difusión del Programa de Acción de Cáncer de Próstata, y su presentación en Oaxaca durante la Reunión Nacional de la Sociedad Mexicana de Urólogos A.C.
- La impresión de 1.4 millones de Encuestas de Factores de Riesgo de Enfermedad Prostática, las cuales fueron distribuidas entre las instituciones del Sector Salud para su aplicación.
- En el período enero-mayo del 2002 se realizaron 10 802 acciones de detección lo que representó el 10.8 por ciento de lo programado.
- Se espera realizar alrededor de 300 000 encuestas durante la Semana Nacional de la y el Adulto Mayor.

### ***3.3.9. Urgencias Epidemiológicas y Desastres***

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 incorpora en su estrategia para reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres el Programa de Acción sobre Urgencias Epidemiológicas y Desastres.

Este programa considera la atención de los desastres originados por un fenómeno natural o provocados por el hombre, así como las urgencias epidemiológicas ocasionadas por enfermedades transmisibles e intoxicaciones. Además en él se establecen los lineamientos generales de los planes de intervención ante la presencia de desastres y/o urgencias epidemiológicas, en los que se encuentre en riesgo la salud de la población.

Los objetivos son la protección de la salud de la población de los riesgos y daños originados por una urgencia epidemiológica o un desastre por medio de la activación social y la atención coordinada, oportuna e integral; así como establecer las medidas preventivas que reduzcan los riesgos a la salud de la población, y atender adecuada y oportunamente a la población en riesgo que haya sido afectada por un desastre, restaurando y preservando su salud.

Para el cumplimiento de estos objetivos el programa establece tres componentes sustantivos: Previsión integral, Intervención oportuna y Control de riesgos; y cinco componentes estratégicos: Desarrollo humano, Activación social, Coordinación y organización, Sistema de información y evaluación, y Estructura e insumos.

El programa no tiene metas establecidas, ya que no es posible predecir la ocurrencia de eventos, sin embargo tiene como compromiso evitar y en su caso controlar la presencia de casos y brotes epidémicos en zonas donde haya ocurrido algún desastre, contar con planes de intervención para ser aplicados ante la amenaza o presencia de una urgencia epidemiológica o desastre, garantizar atención médica gratuita, oportuna y de calidad con personal capacitado y los insumos necesarios ante un evento epidemiológico, difusión oportuna de medidas para el autocuidado de la salud de acuerdo con el evento en estudio, disminuir riesgos epidemiológicos mediante la participación oportuna de grupos como las brigadas, apoyar las acciones específicas que realiza el Comité de Atención Psicológica en caso de desastre, y construir una plataforma para generar un cambio de actitud y comportamiento, encaminado a una nueva cultura de prevención y protección de la salud.

Entre las actividades realizadas durante el período septiembre de 2001 a agosto 2002 se encuentran:

- La realización de trabajos conjuntos con Protección Civil, ISSSTE e IMSS para la creación de un programa activo que incorpore la ejecución de simulacros para la atención de eventos y de este modo, crear una plataforma de respuesta en los diferentes tiempos de un evento con la participación tanto de la población como de las autoridades.
- Se impulsó la coordinación intra y extra sectorial a nivel estatal y la conformación de 28 Comités Operativos de Vigilancia Sanitaria.
- Las actividades de vigilancia epidemiológica y mitigación fueron reforzados en los ámbitos técnico y humanístico, para proteger la salud de la población de las consecuencias de los desastres y las urgencias epidemiológicas que se presentaron en 16 estados: Campeche, Colima, Coahuila Chiapas, Chihuahua, Baja California Sur, Distrito Federal, Estado de México, Guerrero, Jalisco, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Tamaulipas y Tlaxcala.
- Se celebró el Encuentro Nacional de Prevención Protección de la Salud 2002.
- Durante el período de este informe, se realizaron 50 973 visitas domiciliarias, beneficiando a 254 869 personas con búsqueda intencionada de casos y detección de factores de riesgo, esto representó un incremento del 28 por ciento en la población atendida en relación al período anterior.
- Destacó la cooperación internacional, en febrero de 2002, con el personal de los Ministerios de Salud de los países centroamericanos. Se proporcionó asesoría a El Salvador para la adopción y adaptación del programa Epi-desastres, el cual fue personalizado para Honduras en el mes de mayo de este año.
- Participación en la coordinación de la Comisión de Salud para la visita de Juan Pablo II.
- Se emitieron cuatro alertas epidemiológicas, 60 por ciento menos que en el período anterior.

*Urgencias Epidemiológicas y Desastres 2001-2002*

Causas	2001	2002
Intoxicaciones e infecciones alimentarias	107	101
Padecimientos infecciosos	51	128
Desastres ocasionados por fenómenos naturales	24	40
Desastres provocados por el hombre	14	29
Intoxicaciones por químicos	8	23
Lesiones por abeja	6	0
Otros	9	28
<b>Total</b>	<b>219</b>	<b>349</b>

- Participación y coordinación en la atención a la población desalojada y albergada en los refugios temporales, durante el incremento en la actividad del volcán de Fuego de Colima. Así como en la planeación y coordinación de las actividades correspondientes en caso de mayor actividad volcánica.
- En los operativos implementados no se han presentado brotes por enfermedades transmisibles y se mantuvieron bajo control aquellas que dieron origen a la urgencia.

**3.3.10. Accidentes**

Con el propósito de reducir el impacto que provocan las lesiones en la población, se fortalecieron las acciones de promoción de una cultura de la prevención, del sistema de vigilancia epidemiológica y de los servicios para la atención de lesiones accidentales e intencionales.

El Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA), coordinó diversas estrategias para cumplir las metas establecidas para el año 2001-2006:

- Reducir 17 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes en general.
- Reducir 25 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico.
- Reducir 13 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes en el hogar.

Las estrategias son:

Para la vigilancia epidemiológica de los accidentes se realizó una reunión de los 28 Secretarios de Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes (COEPRAS), Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) y la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, con el propósito de elaborar las propuestas para tener una mejor información que permita identificar los factores de riesgo, la elaboración de un compendio estadístico de mortalidad 2000 y calcular la carga de enfermedad debida a lesiones accidentales e intencionales.

En la Primera Reunión Nacional se contó con la participación de 29 consejeros y representantes estatales; y en el Segundo Encuentro Nacional de Prevención y Protección de la Salud participaron 29 consejeros, representantes y encargados del Programa de Accidentes.

Respecto a la adecuación del marco jurídico en materia de accidentes, se concluyó el Reglamento Interno del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes.

En materia de formación y capacitación de recursos humanos, se realizó la Reunión Nacional de expertos para crear los estándares del técnico en urgencias médicas en competencias profesionales

*Urgencias Epidemiológicas y Desastres 2001-2002*

Causas	2001	2002
Intoxicaciones e infecciones alimentarias	107	101
Padecimientos infecciosos	51	128
Desastres ocasionados por fenómenos naturales	24	40
Desastres provocados por el hombre	14	29
Intoxicaciones por químicos	8	23
Lesiones por abeja	6	0
Otros	9	28
<b>Total</b>	<b>219</b>	<b>349</b>

- Participación y coordinación en la atención a la población desalojada y albergada en los refugios temporales, durante el incremento en la actividad del volcán de Fuego de Colima. Así como en la planeación y coordinación de las actividades correspondientes en caso de mayor actividad volcánica.
- En los operativos implementados no se han presentado brotes por enfermedades transmisibles y se mantuvieron bajo control aquellas que dieron origen a la urgencia.

**3.3.10. Accidentes**

Con el propósito de reducir el impacto que provocan las lesiones en la población, se fortalecieron las acciones de promoción de una cultura de la prevención, del sistema de vigilancia epidemiológica y de los servicios para la atención de lesiones accidentales e intencionales.

El Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA), coordinó diversas estrategias para cumplir las metas establecidas para el año 2001-2006:

- Reducir 17 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes en general.
- Reducir 25 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico.
- Reducir 13 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes en el hogar.

Las estrategias son:

Para la vigilancia epidemiológica de los accidentes se realizó una reunión de los 28 Secretarios de Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes (COEPRAS), Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) y la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, con el propósito de elaborar las propuestas para tener una mejor información que permita identificar los factores de riesgo, la elaboración de un compendio estadístico de mortalidad 2000 y calcular la carga de enfermedad debida a lesiones accidentales e intencionales.

En la Primera Reunión Nacional se contó con la participación de 29 consejeros y representantes estatales; y en el Segundo Encuentro Nacional de Prevención y Protección de la Salud participaron 29 consejeros, representantes y encargados del Programa de Accidentes.

Respecto a la adecuación del marco jurídico en materia de accidentes, se concluyó el Reglamento Interno del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes.

En materia de formación y capacitación de recursos humanos, se realizó la Reunión Nacional de expertos para crear los estándares del técnico en urgencias médicas en competencias profesionales

acorde con las necesidades de atención prehospitalaria, así como una reunión de expertos para el diseño del Anteproyecto de la Norma Oficial Mexicana de Atención Prehospitalaria de Urgencias Médicas.

Para la atención médica integral prehospitalaria e intrahospitalaria se presentó el Modelo de atención de urgencias médicas para lograr cofinanciamiento en cuatro entidades federativas. Se realizó una gira de trabajo por los estados de Guanajuato, Jalisco, Chihuahua, Tabasco y Tamaulipas para conocer las instalaciones y funcionamiento de los sistemas de radiocomunicación, así como el centro regulador a nivel local, regional, municipal y estatal para la atención prehospitalaria de urgencias médicas.

Para alcanzar las metas establecidas, se impulsaron las acciones para la adopción de una cultura para la prevención de accidentes, entre la población en general y entre el personal de salud. El CONAPRA impulsó, apoyó y elaboró material educativo impreso en colaboración con la Dirección General de Promoción a la Salud y la Secretaría de Educación Pública.

Las acciones más destacables fueron:

- Campañas de Prevención de Accidentes.
- Para la Campaña Decembrina del 2001, se transmitieron por televisión los mensajes de la Trilogía de accidentes “Alguien te espera”.
- Para la Campaña de Semana Santa y Campaña de Verano 2002, se transmitieron 32 spots de la Trilogía “Prevención de Accidentes”, y se colocó publicidad en parabúses y espectaculares en todas las entidades federativas.

#### *Avances*

Concepto	% Avance
Informe anual de actividades del consejo 2002	100
Elaboración de estadística accidentes en carreteras federales 2000; estadística CAPUFE, IMSS, ISSSTE y DGEI 2000	75
Elaboración de Indicadores de evaluación	50
Elaboración del Programa de Acción Accidentes	100
<b>Elaboración de Documentos para presentación en diferentes foros</b>	
Defensas Metálicas	100
Los accidentes un problema de salud pública en México	100
Los accidentes en México: un problema epidemiológico 2001	75
Usos del certificado de defunción	100

### **3.3.11 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica**

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica integra información sobre una gran variedad de enfermedades transmisibles, no transmisibles y adicciones. La información que genera este sistema es de gran utilidad para el control de brotes y epidemias. El Sistema cuenta con el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE) es un órgano normativo y de coordinación en el nivel nacional, que facilita y orienta el quehacer epidemiológico del país, ya que unifica y homologa los criterios, procedimientos y contenido de la vigilancia epidemiológica y los Centros Estatales de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) coordinan los esfuerzos de todas las instituciones de salud en cada estado.

### ***Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles***

A continuación se describen las acciones más sobresalientes en cada uno de los subsistemas de información para enfermedades transmisibles.

#### ***Enfermedades prevenibles por vacunación***

El objetivo es coadyuvar al control, eliminación y erradicación de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV), de acuerdo con los compromisos nacionales e internacionales y consolidar las acciones operativas de los sistemas en los diferentes niveles e instituciones del Sistema Nacional de Salud.

- Durante el período de este informe, se difundió la información de las EPV mediante la publicación de informes diarios, semanales y mensuales con la información de casos probables, descartados, confirmados y compatibles de los sistemas de vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación.
- Se han mantenido en niveles adecuados los indicadores de evaluación y seguimiento nacionales e internacionales de las EPV.
- Seguimiento nominal de casos probables de enfermedades prevenibles por vacunación, hasta su clasificación final.
- Visitas de asesoría y supervisión a las entidades federativas así como el apoyo en brotes y situaciones especiales.
- Elaboración del manual simplificado de procedimientos de vigilancia epidemiológica de enfermedades prevenibles por vacunación.
- Se garantizó la detección, notificación y seguimiento oportuno de los casos probables de sarampión, poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos y tétanos neonatal para su seguimiento y clasificación final de los casos.
- Capacitación en servicio mediante la realización de cinco cursos-taller regionales y estatales.
- Visitas de supervisión a 22 entidades federativas.
- Se realizaron 10 reuniones con el Grupo Nacional de Expertos de Tétanos Neonatal para la revisión clínico epidemiológica y clasificación final de casos de Tétanos Neonatal.
- Se efectuaron reuniones con el Grupo de Sistemas Especiales del CONAVE para la revisión de información, indicadores de evaluación y seguimiento, así como validación del manual simplificado de EPV.
- Análisis de la información permanente a través de los indicadores epidemiológicos definidos para cada enfermedad.
- Envío de la información de las EPV y sus indicadores de evaluación a nivel internacional.

#### ***Enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años***

Su objetivo es fortalecer los mecanismos de obtención de información de casos, defunciones y riesgos en apoyo al seguimiento de indicadores de las acciones de prevención y control y la atención oportuna de brotes y situaciones de importancia epidemiológica.

- Se realizaron 16 supervisiones a las entidades federativas prioritarias, capacitando un promedio de cinco personas por cada supervisión.
- Se han notificado con mejor oportunidad las defunciones por EDAS e IRAS de niños menores de cinco años.
- Existe mejoría en la calidad de la información obtenida de las defunciones durante el 2002 con respecto a la calidad informada en el 2001.
- Durante el período de enero a diciembre 2002 se continúa recibiendo información de los estados sobre casos sospechosos de cólera a través de la Red Negativa de Cólera, manteniendo la vigilancia activa para identificar estados prioritarios y con mayor rezago en la notificación y realizar acciones de supervisión.
- En el presente año, hasta la semana epidemiológica No. 29 no se han reportado casos confirmados de cólera. Se ha fortalecido la coordinación interinstitucional y con los estados. En este lapso se ha proporcionado asesoría a las entidades federativas que lo han requerido.
- En lo que resta del año, se llevará a cabo el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica mediante la capacitación y supervisión a los estados que no cumplan con el dos por ciento de toma de muestra con hisopo rectal del total de casos de enfermedades diarreicas agudas.
- Se promoverá la búsqueda de casos de cólera en el 100 por ciento de entidades federativas con antecedentes de casos y circulación de *Vibrio cholerae O1* en los últimos tres años con el objeto de fortalecer los mecanismos de obtención de información de casos, defunciones y riesgos en apoyo al seguimiento de las acciones de prevención y control y la atención oportuna de brotes y situaciones de importancia epidemiológica.
- Se fortaleció el sistema de vigilancia de enfermedades diarreicas por rotavirus con la realización de ocho cursos de capacitación a epidemiólogos hospitalarios y personal médico.

### *Micobacteriosis*

Fortalecer la capacidad operativa de la vigilancia epidemiológica de tuberculosis y lepra para apoyar la toma de decisiones en las acciones de prevención y control en el país y zonas de alta endemicidad.

- Se capacitó al personal del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias sobre la operación y manejo del Sistema de información Epi-Tb.
- Durante el mes de marzo del 2002 se llevó a cabo el 1<sup>er</sup> Encuentro Nacional de Equipos Líderes en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis, al cual asistieron representantes de las 32 entidades federativas donde se contempló el sistema de vigilancia epidemiológica de tuberculosis y el sistema de información Epi-tb.

### *Influenza*

Tiene como propósito garantizar la detección oportuna de casos nuevos de influenza y conocer el patrón de circulación viral para el establecimiento de medidas de prevención y protección de la salud.

- Dentro de los logros alcanzados, se obtuvo información oportuna de la caracterización clínica y epidemiológica de la influenza en tiempo, lugar y persona; además de que se conocen los tipos y subtipos de virus de la influenza circulantes en el país.

- Se realizó la ratificación o rectificación de las defunciones ocurridas por influenza en forma oportuna.
- Visitas de supervisión y asesoramiento del sistema de vigilancia epidemiológica de influenza en los estados de Chihuahua, Sonora, México y Yucatán.
- En el período de enero a julio del 2002 se dio continuidad a la notificación semanal de casos de influenza al Sistema Internacional de Vigilancia "FLUNET", de la Organización Mundial de la Salud.

#### ***VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual***

Sus objetivos disminuir el subregistro y la extemporaneidad de la información de casos de VIH/SIDA e ITSs y mejorar el conocimiento de los comportamientos asociados a estos padecimientos en apoyo a la prevención y control.

- Dentro de las prioridades del sistema de vigilancia epidemiológica para VIH/SIDA e ITS es el de disminuir el subregistro y extemporaneidad de la información de casos, para así mejorar el conocimiento de comportamientos asociados a estos padecimientos generando información oportuna y de calidad que apoye el establecimiento de medidas de intervención. De igual forma surge la necesidad de incrementar la notificación en el 100 por ciento de las entidades federativas e instituciones de salud que concentran la atención de casos, también se debe garantizar el estudio y seguimiento epidemiológico del 100 por ciento de los casos notificados de ITS.
- Dentro de las acciones realizadas para cubrir las prioridades del sistema se puede mencionar que se han llevado a cabo supervisiones conjuntas con otras instituciones de salud a las diversas entidades federativas en donde se ha detectado subregistro de casos de SIDA de manera importante, además de considerar el componente de mortalidad por la misma causa, cubriendo hasta el momento el 50 por ciento de entidades programadas, logrando así en un 60 por ciento la actualización del registro nacional de casos. Al mismo tiempo se ha dado fortalecimiento a la vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en los estados visitados.
- Cabe señalar que se encuentra en proceso de prueba, la modernización del registro nacional de casos de VIH/SIDA e ITS por medio de un nuevo sistema de cómputo con el cual se podrá mejorar la cobertura institucional.

En la actualidad el sistema de Vigilancia Epidemiológica tiene una cobertura de 82 por ciento, sin embargo es importante mencionar que se deben fortalecer las acciones existentes para así poder alcanzar un 100 por ciento.

#### ***Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis***

Su objetivo es garantizar la obtención, recopilación y análisis de la información epidemiológica de las ETV y zoonosis que orienten al establecimiento oportuno de acciones de prevención y control y la focalización de medidas institucionales para el mejoramiento de la vigilancia epidemiológica.

- Capacitación en ocho entidades federativas con 115 personas capacitadas del área de vigilancia epidemiológica.
- Incremento del 100 por ciento de la capacitación durante el 2002 (capacitación a cuatro entidades) del 100 por ciento en comparación con el 2001.



- Incremento de visitas de asesoría y supervisión durante el 2002 del 75 por ciento (58 visitas) en comparación con el 2001 (33 visitas).
- Detección del 70 por ciento de casos de dengue no notificados.
- Incremento del seguimiento de los casos de dengue hemorrágico del 100 por ciento durante el 2002 en comparación con el 2001 Indicador de 43 en el 2001 a 86 por ciento en el 2002.
- Mejoría en la notificación oportuna de personas agredidas por fauna silvestre que ha permitido no contar con ningún caso de rabia en humanos en comparación con los cinco registrados durante el 2001, ocasionados por fauna silvestre.

### ***Red Hospitalaria de vigilancia epidemiológica***

Tiene como propósito mejorar la calidad y oportunidad de la información para la vigilancia epidemiológica de morbilidad y mortalidad en unidades de segundo y tercer nivel de atención y sistematizar su aplicación para el control de situaciones de riesgo y las infecciones nosocomiales.

- Se ha dado capacitación continua e intensiva a epidemiólogos estatales, hospitalarios y enfermeras sanitarias, personal de laboratorio y de informática a través de: ocho cursos de capacitación al personal referido en procedimientos de vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales, diarreas por rotavirus, infecciones por neumococo en menores de cinco años y defectos del tubo neural; cinco cursos-taller interinstitucionales, estatales y regionales, sobre aspectos de vigilancia epidemiológica intrahospitalaria.
- 56 visitas de supervisión operativa para el registro de infecciones nosocomiales y otros componentes de vigilancia hospitalarias con énfasis en infecciones nosocomiales, rotavirus, *Streptococcus pneumoniae*, DTN.
- Asimismo, se mantiene la vigilancia de la sensibilidad y resistencia antimicrobiana (perfiles microbiológicos), con supervisión en 11 unidades centinela participantes. Este sistema cuenta con el apoyo local de los Laboratorios Estatales de Salud Pública en las entidades federativas para su mejor instrumentación.
- Se inició y terminó el componente de la Plataforma Única de Cómputo de la RHOVE por Internet, con lo que se mejorará el registro y análisis de casos de los diferentes sistemas.

### ***Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones SEED***

Su objetivo es garantizar la oportunidad y calidad de la información de mortalidad en apoyo a la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones, el seguimiento de programas y la investigación.

- En el 2002 se estima una cobertura nacional del SEED de alrededor de 97 por ciento respecto a lo esperado.
- Se concluyó la revisión del 100 por ciento de defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica y notificación inmediata en ambos períodos.
- En el período se diseñó el sistema de automatización de la selección de la causa básica de defunción, lo que permite una mejora en calidad y oportunidad de la certificación. Durante el 2002 se difundió en todos los programas prioritarios la base de información para apoyar la toma de decisiones y el seguimiento epidemiológico de la mortalidad en forma oportuna.

### ***Sistema de vigilancia epidemiológica simplificada***

Su finalidad es mejorar el conocimiento epidemiológico de daños y riesgo a la salud en las comunidades de difícil acceso.

- Se realizaron actividades de capacitación del sistema de vigilancia epidemiológica simplificada en el estado de Hidalgo y actividades de supervisión en el estado de Tabasco.
- Se fortaleció el sistema de registro de casos en el 100 por ciento de los estados donde opera el sistema con una notificación esperada de 235 mil casos nuevos de enfermedades de notificación obligatoria en el 2002, respecto a los 230 mil registrados en el 2001.
- Para la innovación tecnológica en la notificación de casos y situaciones de riesgo en localidades de difícil acceso y con población de lengua indígena, se diseñó el sistema automatizado vía Internet y el dispositivo para el diagnóstico sindromático y seguimiento de pacientes en la comunidad. El sistema se instrumentó en Puebla y Morelos en comunidades con población indígena y un total de 75 localidades.

### ***Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles***

#### ***Proyecto Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones por Causa Externa***

Se realizó el análisis de los casos reportados por el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica, y la mortalidad a través del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones a partir de: lesiones accidentales, intencionales y ambientales.

En el caso de las lesiones accidentales (de tránsito) se definieron los instrumentos de la encuesta para evaluar el subregistro; identificando las unidades a encuestar, y realizando la prueba piloto de la encuesta. Por su parte, para las lesiones intencionales (violencia familiar), se realizó un análisis múltiple de causas en infanticidio y la identificación de necesidades adicionales de información. Por último para las lesiones ambientales (por temperaturas extremas) se elaboró un manual de procedimientos y se continuó con el registro de casos.

#### ***Proyecto Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas***

Las metas del período incluyen la elaboración y distribución del compendio informativo correspondiente al 2000 en un 30 por ciento; la difusión del compendio 1999 a autoridades, instituciones, universidades; la recopilación de la información del 2001 en un 100 por ciento; así como elaborar un compendio de cáncer en niños.

Los avances muestran la edición y distribución del compendio informativo de 1999 y la recopilación de la información del 2000 en un 90 por ciento. Además de la recopilación de la información del 2001 en un 50 por ciento; y la conclusión del compendio de cáncer en niños.

#### ***Proyecto Sistema de Registro Nacional de Intervenciones Coronarias Percutáneas (RNICP)***

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Padecimientos Cardiovasculares se implementó a partir de la firma del convenio de concertación de acciones entre la Secretaría de Salud y la Sociedad Mexicana de Cardiología. Como parte inicial del Sistema se propuso la operación del RNICP.

Durante el período del informe se logró la captura, procesamiento y análisis de la información en el 34.5 por ciento de los hospitales visitados, y la elaboración de un primer boletín informativo con los datos procesados (general y por unidad hospitalaria). El formato de captura de información unificado fue aprobado y el manual de procedimientos se encuentra en revisión y complementación.

#### ***Proyecto Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales***

En coordinación con personal del Programa de Salud Bucal se contempló la necesidad de contar con un sistema de vigilancia epidemiológica que brinde información sobre patologías bucales. Se analizaron las características de la información a vigilar de utilidad para el Programa de Salud Bucal. La meta comprometida se refiere al diseño un modelo de sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales.

Entre los principales avances destacaron el trabajo con personal del Programa de Salud Bucal analizando sus metas y considerando la información para la vigilancia epidemiológica así como la presentación de un proyecto al grupo interinstitucional.

#### ***Proyecto Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes tipo 2***

Las metas para este período son la definición del modelo e instrumentos del sistema de vigilancia en el primer nivel de atención, la capacitación y operación en las entidades, la presentación del proyecto al grupo interinstitucional y análisis del modelo y sus instrumentos.

Durante el período que se informa se logró ajustar la propuesta del modelo e instrumentos del sistema de vigilancia de diabetes tipo 2 en unidades hospitalarias. Se aprobó el modelo y los instrumentos del sistema de vigilancia para unidades hospitalarias, además se desarrolló una propuesta de vigilancia epidemiológica para el primer nivel de atención.

#### ***Proyecto Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Asma y EPOC***

Con el propósito de contar con información epidemiológica de mayor precisión sobre el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se diseñó un modelo informático a nivel hospitalario, para lo cual se analizaron las características de la información y la necesaria para su atención, además se definieron dos instrumentos para la recopilación de información y se formó un subgrupo de trabajo con personal especializado en el tema.

#### ***Proyecto Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer de Mama***

Durante el período del informe se realizaron ajustes al modelo e instrumentos del sistema de vigilancia y se aprobó el modelo y los instrumentos por el Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica, asimismo se preparó el *software* con un 25 por ciento de avance y se inició la capacitación en las entidades federativas.

#### ***Programa Capacitación y Desarrollo Humano***

Para el fortalecimiento técnico del quehacer epidemiológico, durante el mes de septiembre del 2001, inició el diplomado a distancia con uso de Internet con la participación cinco alumnos en prueba piloto.

Se realizaron seis cursos de actualización con la participación de 57 alumnos, un diplomado a distancia con uso de Internet con cinco alumnos, dos diplomados en la modalidad extramuros en Tabasco e Hidalgo y un curso en Querétaro.

Del 1° enero al 31 de agosto del 2002, se realizaron cinco cursos de actualización con la participación de 66 alumnos, un diplomado a distancia con uso de Internet con seis alumnos e inició un diplomado en la modalidad extramuros en el estado de Hidalgo.

En julio se llevó a cabo el diplomado del Curso Internacional en Epidemiología Aplicada con una participación de 96 alumnos. Están en formación 24 especialistas en Epidemiología que cursan tres grados de la especialidad y participan en los operativos de atención a la población afectada por brotes epidémicos.

### ***Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)***

El conocimiento de los patrones de consumo y de las características sociodemográficas de las personas adictas a sustancias psicoactivas, así como de las zonas geográficas y el entorno en donde se desarrolla éste complejo fenómeno social, se fortaleció con la incorporación a la Dirección de Investigación y Evaluación la operación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), ampliando la cobertura del mismo, de 25 ciudades correspondientes a 18 estados en el año 2001 a 54 ciudades integrantes de las 32 entidades federativas para agosto de 2002.

Se impartieron 10 cursos de capacitación gerencial a los responsables estatales, y a 11 ciudades SISVEA se llevó a cabo una supervisión en cada una de ellas. Además, se participó en la reunión del Grupo de Trabajo Epidemiológico de las Adicciones de la Frontera, en San Diego, California, presentando los trabajos “Visión general de la frontera norte” y “Evaluación de los 10 años del SISVEA”.

Presentación del trabajo: “Papel de los Observatorios Nacionales en la formulación de políticas nacionales sobre drogas”, en Cartagena de Indias, Colombia; y la elaboración del capítulo Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, del documento Observatorio Epidemiológico en Drogas, el cual sirve como base para cumplir el compromiso adoptado durante la Asamblea General de las Naciones Unidas del 10 de junio de 1998, en adhesión a la Declaración de Reducción de la Demanda.

### ***3.3.12. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos***

Para el desarrollo de sus actividades el Instituto cuenta con una estructura orgánica que tiene 2 direcciones de área, 1 subdirección y 7 jefaturas de departamento.

Una de las principales encomiendas del Instituto es la realización de procedimientos de laboratorio para diagnóstico clínico, así como realizar la referencia y el control de calidad de aquellas muestras provenientes de toda la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP), para generar información y conocimientos oportunos y confiables que apoyen los programas prioritarios del Sector Salud.

Entre las principales actividades realizadas destacaron:

- La implementación del laboratorio de Urgencias y Desastres.
- Para mejorar la calidad en el diagnóstico de tuberculosis se implementó el programa de control de calidad en laminillas en dos estados de la República Mexicana.
- Se supervisó la realización del primer y segundo monitoreo del año de emisiones a la atmósfera realizado a los aparatos de combustión del InDRE.

- 24 supervisiones a laboratorios del InDRE sobre generación de residuos peligrosos biológico-infecciosos, 37 asesorías sobre la NOM-018-STPS-2000, NOM-054-ECOL-1993 y se continúa informando sobre la modificación a la NOM-114-STPS-1993 ahora NOM-018-STPS-2000. Asimismo, 18 supervisiones a los equipos e instrumentos de medición a laboratorios del InDRE, y se verificaron 192 termómetros, de los cuales 185 fueron aprobados y siete rechazados.
- Con el propósito de mejorar el desempeño del personal se llevaron a cabo dos talleres de planeación estratégica con la presencia de 25 personas entre jefes de departamento y de laboratorio, así como la realización de cuatro cursos de desarrollo humano para personal con la participación de más de 300 personas.
- En congruencia con el reglamento de protección contra los no fumadores se creó el Comité Anti-tabaco.

Entre las acciones para el diagnóstico y referencia, más relevantes se encuentran:

- La implementación de técnicas microbiológicas y de biología molecular para la identificación del ántrax.
- La entrega de Proteína C. Reactiva (PCR) de tuberculosis se redujo de 15 a 3 días hábiles y el de carga viral para VIH de 30 a 10 días.
- Para transplante de médula ósea se estudiaron 116 muestras para selección de donador y 46 para transplante renal.
- Elaboración y actualización de la base de datos del banco de células progenitoras de cordón umbilical y se logró la incorporación de 47 personas al Registro de Donadores no Relacionados de Médula Ósea (DONORMO).
- Revalidación de la prueba de Inmunofluorescencia Indirecta estableciendo la sensibilidad y especificidad de la técnica para Leishmaniosis cutánea y visceral.
- Se estandarizó la técnica de ELISA para la detección de adenovirus y astrovirus a partir de heces y para el diagnóstico de Toxoplasmosis en la determinación de anticuerpos IgG. Se inicia la estandarización de la técnica para IgM.
- Conclusión de la primera parte de los estudios sobre asma en pacientes pediátricos con asma atópica y pruebas cutáneas positivas a *D. Pteronyssinus*.

#### ***En materia de investigación***

- Se desarrollaron técnicas de PCR para *Leptospira*, Viruela y otras enfermedades emergentes.
- Se continúa con la estandarización de las pruebas de genotipificación para hepatitis C, de PCR, genotipificación y carga viral para hepatitis B.
- Producción de *Taq polimerasa*, generando un ahorro de 75 mil pesos al Instituto al no comprarla comercialmente.
- Estandarización de histoplasmina y coccidioidina para serología y pruebas cutáneas.

Se está llevando a cabo la “Evaluación de la diversidad del patrón proteico, glicoproteico y lipoproteico de aislados mexicanos de *T. cruzi* y su aplicación en el diseño de reactivos de diagnóstico serológico”.

Actualmente está en proceso el proyecto de BIDS (*Border Infectious Diseases Surveillance*) con el CDC, el InDRE y la DGE.

### **Capacitaciones, cursos y congresos**

- El InDRE mantiene un programa académico en colaboración con la UNAM como Centro Académico de Educación Continua, dentro de éstos se han establecido cursos con reconocimiento de la UNAM, además de las capacitaciones en servicio que se imparten al personal técnico de otras instituciones que lo soliciten.

Durante el período de este informe se realizaron 13 cursos contando con 119 alumnos. Además se contó con 25 estancias en laboratorios del InDRE con la participación de 42 alumnos de la RNLSP.

Por otro lado, el personal participó en 24 cursos nacionales, 12 congresos nacionales con 31 trabajos. Se publicaron cinco trabajos: uno nacional y cuatro internacionales.

### **Apoyo a la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública**

Reactivos y cepas:

- Se apoyó con el envío de materiales para toma de muestras y de paquetes de reactivos para diagnóstico de sarampión, rubéola, rotavirus, dengue, influenza, VIH/SIDA, brucelosis, leptospirosis, infección respiratoria aguda y sus complicaciones sistémicas, tuberculosis, Chagas, antisueros para tipificación de enterobacterias y de *Vibrio cholerae*.
- Envío de medios de cultivo a los Laboratorios Estatales de Salud Pública (LESP) para la RHOVE y de cepas para el control de calidad de la RNLSP.
- Se inició el programa con LESP de Puebla sobre la identificación de cepas de hongos levaduriformes y control de calidad.
- En los LESP de Nayarit, Tamaulipas, Veracruz y Puebla se proporcionó asesoría para la identificación adecuada de *Vibrio cholerae*.
- En materia de capacitación, se proporcionó atención a personal de los 30 LESP en diferentes técnicas, actividades de capacitación que beneficiaron a 128 trabajadores en materia de manejo y uso de reactivos químicos, higiene y seguridad y manejo de equipo e instrumentos de laboratorio y a 360 profesionales.
- Supervisión a la Red de Vigilancia Epidemiológica de Influenza (GROG), en el Estado de México, Hidalgo, Mérida, Sonora y Chihuahua. Además se visitó a nueve unidades hospitalarias que integran la Red centinela de Vigilancia Epidemiológica de Sensibilidad y Resistencia Antimicrobiana de las Infecciones Nosocomiales, en Chiapas, Guerrero, Tabasco, Sinaloa, B. C., Puebla, Jalisco, Guanajuato y Nuevo León.
- Se realizó supervisión a la RNLSP, principalmente en dengue y cólera.

### **3.4. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia**

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CNSIA), es responsable de la coordinación del Consejo Nacional de Vacunación y tiene bajo su responsabilidad los siguientes programas:

- Salud de la Infancia.
- Salud de la Adolescencia.
- Vete Sano, Regresa Sano.

Y participación en el componente del Recién Nacido Sano y Niños y Niñas bien Desarrollados del programa:

- Arranque Parejo en la Vida.

Dentro de sus atribuciones más importantes se encuentra la definición de las políticas de vacunación para toda la población blanco y elaboración de las normas correspondientes.

Para su operación, está integrado por 4 direcciones de área: de Coordinación, Programación y Supervisión; Desarrollo Humano y Participación Comunitaria; Comunicación y Movilización Social; y Políticas de Salud Información y Evaluación. Así como por 7 subdirecciones, 14 jefaturas de departamento y una coordinación administrativa.

### *Actividades Relevantes*

#### *Normas Oficiales Mexicanas*

Posterior a la publicación y difusión del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA2-2000, Prevención y Control de Enfermedades. Aplicación de vacunas, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano, se incorporaron los comentarios recibidos y se continúa con el proceso correspondiente a la publicación definitiva.

#### *Reuniones*

Con el fin de dar seguimiento a los aspectos más relevantes de los programas responsabilidad del Centro, así como de evaluar los avances de las Semanas Nacionales de Salud, se celebraron tres reuniones con los responsables estatales de los programas de acción, la primera del 12 al 14 de septiembre del 2001 en la Cd. de Oaxaca, la segunda en la Cd. de Puebla en el mes de febrero y la última en el mes de abril en la ciudad de Veracruz.

Como parte de las responsabilidades de secretariado técnico del CONAVA, se llevaron a cabo dos reuniones del CONAVA, tres reuniones del Comité Técnico y 17 reuniones del Grupo de Trabajo del CONAVA.

En el marco del Encuentro de Prevención y Protección a la Salud, se trabajó con los responsables estatales de los programas de acción en la elaboración del Programa Operativo Anual 2003.

Se contó con la presencia del Centro en el Simposio “Presente y futuro de las vacunas en la práctica médica”, organizado por la Academia Nacional de Medicina, A. C. en San Luis Potosí en octubre del 2001. Así como la representación en los siguientes eventos internacionales: Taller para estrategias educativas a distancia en la OPS en Guatemala, asistencia a la reunión de la OMS en Italia para la presentación del cartel de Salud del Adolescente y la Mercadotecnia, participación en la reunión de coordinadores del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI en Lima, Perú, asesoría sobre el seguimiento de eventos adversos temporalmente asociados a vacunación con vacuna doble viral en San José de Costa Rica, asistencia a la reunión anual de Gerentes PAI en San José de Costa Rica y reunión de intercambio técnico con el CDC de Atlanta sobre el programa de Adolescentes.

### *Eventos*

En el período que se informa se llevaron a cabo tres Semanas Nacionales de Salud, celebrándose un evento de inicio de actividades presididas por el Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos en las siguientes sedes: Ciudad Juárez Chihuahua, y Ciudad de México.

### *Operativos especiales en los Estados*

Dentro del operativo denominado “Frontera Sur” cuyas acciones se dirigen a la eliminación del Sarampión, control de la Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita, se realizaron 10 visitas de apoyo a los estados de Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán.

### *Desarrollo humano*

Con el fin de cumplir con el compromiso de inversión en capital humano del personal bajo la responsabilidad del Centro, se desarrollaron las siguientes actividades:

- Dos cursos sobre el Modelo de Investigación Operativa en Servicios de Salud.
- Dos cursos de Eventos Adversos Temporalmente Asociados a la Vacunación.
- Un curso de actualización de la versión 1.6 del Sistema Estadístico Nacional de Salud, SENAS.
- Dos cursos de Usos de Nuevos Biológicos a personal de enfermería impartidos en el CECADE.
- Un curso de Actualización en Nutrición dirigido al personal de nutrición, impartido en el CECADE.
- A través de la estrategia de los Centros Estatales de Capacitación, se capacitaron a 1 938 prestadores de servicios y 5 847 mujeres y responsables de menores de 5 años de edad en sus instalaciones tanto regionales como estatales.

### *Campañas de comunicación y movilización comunitaria*

En este período se efectuaron dos campañas nacionales de promoción, una referente a temporada invernal, que se llevó a cabo conjuntamente con el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y el titular de la Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud, y la campaña de Temporada de Calor orientada a la prevención de la deshidratación en los menores de 5 años que incluyeron conferencias de prensa, promocionales de radio y televisión así como presentación en CEMESATEL.

Como parte del apoyo en la promoción de Semanas Nacionales de Salud, en cada campaña se platearon estrategias de comunicación educativa en las que se consideran boletines y ruedas de prensa, entrevistas en los principales medios de comunicación, 3 capsularios para ser difundidos por las 22 estaciones del Sistema de radio indigenista, la producción de 3 spots de televisión y 3 spots para radio y la producción de materiales gráficos, tales como 6 modelos de carteles con un tiraje 54 000 ejemplares, un modelo de juego didáctico, 3 modelos de pinta de bardas, mantas y volantes. Para cada jornada se concertaron apoyos adicionales y estrategias alternativas de difusión con los sectores más representativos. Estas experiencias se encuentran plasmadas en las memorias gráficas con las principales acciones efectuadas en las entidades federativas que incluyen el nivel central. En la estrategia de participación comunitaria denominada Club Salud del Niñ@ se cuenta con 101 068 socios a nivel nacional y se han incorporado 5 430 escuelas del nivel preescolar y primaria de 167 jurisdicciones sanitarias.



### *Evaluación*

Se efectuaron evaluaciones trimestrales de coberturas del programa permanente de vacunación universal y de las Semanas Nacionales de Salud, así como de la información relevante de las entidades federativas. Así como la presentación del modelo de Evaluación del CNSIA a los responsables estatales en la reunión para elaboración del POA 2003 y se realizaron 106 visitas de supervisión a las entidades federativas durante las Semanas Nacionales de Salud.

### *Investigación operativa*

Se tienen seis proyectos de investigación en proceso: "Promoción del Uso Adecuado de Medicamentos en la Atención a Niños Menores de Cinco Años en el Primer Nivel", financiado por CONACYT; "Impacto de la Administración de Zinc y Vitamina A en la Respuesta Inmune y en la Incidencia y Severidad de Eventos Diarreicos en Niños de 8 a 23 meses"; "Impacto de la Vacunación con Hib en las Enfermedades Invasivas producidas por *Haemophilus Influenzae* tipo b en el estado de Nuevo León"; "Estudio de Costo-efectividad de una Campaña Masiva de Vacunación contra Rubéola y Sarampión en Trabajadores de la Salud" en colaboración con el CDC de Atlanta. "Encuesta de opinión con relación a la utilización de los servicios de salud de los adolescentes escolarizados de 12 a 18 años en la delegación Iztapalapa, D. F." y "Perfil de los adolescentes que hacen uso de los servicios de salud en la delegación Iztapalapa D. F."

#### **3.4.1. Arranque Parejo en la Vida**

Tiene como objetivo concatenar acciones de comprobado impacto en la atención de salud de las mujeres al inicio de su embarazo y hasta los primeros dos años de vida de los niños y niñas que coadyuven a mejorar su calidad de vida y potencial de desarrollo.

### *Acciones realizadas*

Sobre el tema y la acción innovadora de "Estimulación Temprana", se capacitó en cuatro reuniones nacionales, al personal responsable del Programa de Atención a la Salud de la Infancia de las 32 entidades federativas, así como a los Coordinadores de los cuatro Centros Regionales de Capacitación y a los 28 Coordinadores de los Centros Estatales de Capacitación.

Se elaboraron documentos técnicos de apoyo para la capacitación: el Manual de Atención "Niños y Niñas bien desarrollados", los lineamientos técnicos de "Estimulación Temprana" y en coordinación con la Dirección General de Epidemiología, los lineamientos técnicos para la "Prevención, Detección, Manejo y Seguimiento de los Defectos al Nacimiento y otras Patologías del Período Perinatal". Además se realizó la producción de un video y un CD sobre Estimulación Temprana. Así como la elaboración y entrega de la propuesta del Álbum Mis Primeros Dos Años de Vida.

Se acudió a reuniones de trabajo con la Dirección General de Salud Reproductiva, para la definición de la estrategia de capacitación del programa y se concentró información para la conformación de la línea basal incluida en el sistema e-Valúa.

### 3.4.2. Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia

#### *Salud de la Infancia*

El programa tiene como objetivo elevar la calidad de vida de la población menor de 10 años mediante acciones de prevención de enfermedades y protección de la salud.

#### *Estrategias*

- Optimización del uso de los recursos disponibles para atender los componentes del programa.
- Fortalecimiento de la coordinación sectorial e intersectorial.
- Desarrollo humano.
- Educación para la salud.
- Fomento de la investigación en sistemas de salud.
- Mercadotecnia y movilización social.
- Transformación del sistema de información.

#### *Vacunación*

El Sector Salud ha logrado extender las acciones de vacunación a las áreas urbanas marginadas, así como a más de 100 mil localidades que no cuentan con servicios de salud a través del Programa de Ampliación de Cobertura y visitas bimestrales de brigadas móviles de vacunación. Dichas acciones se efectúan en forma permanente e intensiva.

Las acciones permanentes se ofrecen cotidianamente a la población en todas las unidades de atención médica de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, en los centros de custodia temporal de niños como son albergues, guarderías, jardín de niños y mediante brigadas como visitas periódicas, a las localidades sin servicios permanentes de salud.

En las acciones intensivas se tienen como propósito fundamental elevar las coberturas de vacunación en un período muy corto, de tal forma que en una semana se ofrece a la población infantil un paquete básico de salud (acciones integradas de atención primaria) cuyo eje central son las acciones de vacunación. Se realizan antes de la época de mayor incidencia de los padecimientos que previenen o cuando las condiciones epidemiológicas así lo requieren, con el fin de romper la cadena de transmisión del agente causante de la enfermedad.

En las acciones intensivas de mayor envergadura se encuentran las Semanas Nacionales de Salud, cuyo eje central son las actividades de vacunación, además se realizan bloqueos vacunales ante la presencia de casos probables y brotes de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Desde septiembre de 2001 hasta agosto del presente año se realizaron tres Semanas Nacionales de Salud (SNS), celebradas en octubre del 2001, así como en febrero y mayo del 2002, la actividad principal fue la aplicación de la vacuna Sabin de manera indiscriminada a los niños menores de cinco años de edad; el total de dosis aplicadas en el período referido fue de más de 11.9 millones.

Con respecto al resto de los biológicos durante las Semanas Nacionales de Salud referidas, se iniciaron o completaron esquemas. De vacuna DPT y Pentavalente se aplicaron más de 1.75 millones

de dosis, más 223 mil de BCG y más de 3.47 millones de toxoide tetánico-diftérico (Td). Este último se aplicó a escolares del sexto grado de primaria y a mujeres de edad fértil así como a embarazadas que habitan en municipios que son considerados de riesgo para tétanos neonatal. En total se aplicaron 24.5 millones de dosis de vacunas.

Durante la segunda Semana Nacional de Salud se realizaron actividades adicionales para disminuir los daños a la salud que son atendidos por los otros componentes del programa. Se otorgaron más 5.64 millones de sobres "Vida Suero Oral" y se instruyó sobre su uso adecuado a más de 5.6 millones de madres o responsables de menores de cinco años de edad. En áreas consideradas de riesgo se ministraron 17.4 millones de dosis de antiparasitarios a niños de 2 a 14 años de edad y más de 6.3 millones de megadosis de vitamina "A" a niños de seis meses a cuatro años de edad.

Las coberturas sectoriales de vacunación en niños y niñas de uno año de edad, para el mes de agosto de 2002 se estiman con esquema básico completo serán de 93.8 por ciento y por tipo de biológico para Sabin 97.6, DPT 97.4 por ciento, con BCG 99.8 por ciento y Triple Viral 95.3 por ciento. En el grupo de 1 a 4 años, la cobertura con esquema básico completo se estima que será de 98.3 por ciento, con las vacuna Sabin 99.2 y DPT de 99.2 por ciento con BCG de 99.8 por ciento y con Triple Viral 98.3 por ciento.

El impacto de las acciones de vacunación efectuadas se observa claramente al revisar las cifras de casos notificados de las enfermedades prevenibles por vacunación. Revisando la morbilidad de la poliomielitis, no se registran casos desde el 18 de octubre de 1990, tampoco se han registrado casos de difteria desde octubre de 1991. Hasta la semana número 25 del 2002 se han reportado 132 casos de tos ferina y tres de tétanos neonatal y en este año no se han reportado casos de sarampión.

Otro logro importante es que, como consecuencia de las acciones permanentes de información a la población, se ha elevado el uso de la Cartilla Nacional de Vacunación por arriba del 97 por ciento, lo que se ha podido demostrar a través de encuestas realizadas en todas las entidades federativas.

### ***Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas***

En este renglón destacan el reforzamiento de la vigilancia en la cloración de agua, la promoción de lactancia materna, capacitación de las madres con énfasis en la identificación de signos de alarma y en la terapia de hidratación oral, administración de megadosis de vitamina "A" en población en riesgo, tratamiento oportuno y de buena calidad de los pacientes con enfermedades diarreica e infecciones respiratorias agudas, así como la aplicación de vacunas hasta completar esquemas básicos.

Durante el programa permanente, el personal de salud de la SSA capacitó en el manejo efectivo de casos por diarreas e infecciones respiratorias agudas a más 4.7 millones de madres de menores de cinco años y además de los sobre Vida Suero Oral que se entregaron en las SNS, distribuyó aproximadamente 17.3 millones de sobres.

Con estas acciones se ha logrado mantener una tendencia descendente de las defunciones por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. En el período que se informa se esperan 1 883 defunciones por enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años, 15 por ciento menos que en el período anterior. De igual forma, las defunciones en el mismo grupo poblacional, por infecciones respiratorias agudas continúan con tendencia descendente, en el período referido se esperan 3 192 defunciones, es decir, una reducción del 19 por ciento.

### *Nutrición*

Dentro de las principales acciones, se destacan las reuniones de capacitación a los responsables estatales durante las reuniones nacionales, así como apoyo en la capacitación a personal operativo de los servicios del D. F. Una reunión de trabajo en la ciudad de Tlaxcala, para elaborar diagnóstico organizacional del personal responsable del programa a nivel estatal, y un ejercicio de planeación estratégica para apoyar la elaboración del programa anual. En la misma reunión se hizo la revisión de la norma NOM-031 Para la atención a la salud del niño, y una revisión del sistema de información.

Se elaboró la tabla de índice de Masa Corporal que se integró a la nueva Cartilla Nacional de Vacunación, tema que se incluyó en las reuniones de capacitación. Se elaboró el Manual de Orientación Alimentaria para el Auxiliar de Salud en coordinación con la Dirección de Promoción de la Salud y el Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas.

En el área de coordinación las principales intervenciones han sido en las reuniones de la Red de Seguridad Alimentaria, la firma del convenio de colaboración con Liconsa para la formalización de acciones conjuntas de vigilancia nutricia, reuniones interinstitucionales con el IMSS, IMSS-Solidaridad e ISSSTE para la unificación de criterios de la vigilancia nutricional de la población infantil y adolescente.

Además de las acciones incluidas en la segunda Semana Nacional de Salud, es importante resaltar que la Encuesta Nacional de Nutrición, realizada en 1999, reportó una prevalencia de bajo peso de 7.5 por ciento, para diciembre del mismo año el sistema reportaba 7.8 por ciento y para el mes de agosto se estima sea del 4.6 por ciento.

### *Salud del Adolescente*

Su objetivo, elevar la calidad de vida de la población adolescente, mediante acciones de prevención de enfermedades y protección de la salud.

#### *Objetivos específicos*

- Desarrollar acciones esenciales de atención a la salud para los adolescentes, en salud reproductiva y promoción de estilos de vida saludables.
- Promover acciones de salud enfocadas a la familia.
- Promover acciones de salud enfocadas a la comunidad y la escuela.
- Mejorar la cobertura de los servicios de salud.
- Incrementar la coordinación interinstitucional.
- Capacitar a los prestadores de servicios con un enfoque claro de desarrollo humano.

#### *Acciones realizadas*

La presentación a nivel nacional del programa se llevó a cabo el 22 de octubre en el estado de Aguascalientes, así como a las diferentes direcciones generales con las que se comparten responsabilidades como Salud Reproductiva y CONASIDA. Dentro de las principales acciones desarrolladas se destacan, el diagnóstico de necesidades de salud de los adolescentes, y las reuniones de trabajo interinstitucional con las que se definieron las prioridades de atención de los adolescentes, en las que participaron 35 instituciones. La participación por primera vez en la Expo Juvenil Factor 5 2001 organizada por el Instituto Mexicano de la Juventud.

Se impartieron tres cursos de “Introducción a la Atención Integral para la Salud del Adolescente”, a los representantes estatales del país de las direcciones generales de Salud Reproductiva, Promoción de la Salud, CONADIC, CENSIDA y CNSIA, actividades que se realizaron con la coordinación de la UNAM, PGR, CONADE, SSA-SINALOA y ONG’s (AMSA y AFLUENTES).

Como resultado del taller de Planeación Estratégica realizada en el mes de marzo con la participación de 17 instituciones gubernamentales y ONG’s se elaboraron cinco líneas de investigación: 1) Diseño de un Modelo Holístico de Atención para las adolescentes, 2) Mejora de la Calidad de Atención de las instituciones y Organismos que brindan atención a Adolescentes, 3) Diseño del Sistema Único de Información sobre Adolescentes y Conformación de Agenda conjunta de prioridades de investigación, 4) Construcción del Marco Legal para la Atención de las y los adolescentes (Norma Oficial Mexicana) y, 5) Fortalecimiento de la Participación Social en la Atención de las y los Adolescentes.

### ***3.4.3. Vete Sano, Regresa Sano***

Tiene como objetivo, proteger la salud de la población migrante, a través de información y atención en su lugar de origen y en el lugar de destino.

#### ***Acciones realizadas***

Los principales avances en el período que se informa, tiene que ver con el posicionamiento del programa por parte de las 14 entidades objetivo: Baja California, Coahuila, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas y Zacatecas, en las cuales ya se cuenta con un responsable estatal para coordinar el programa, y con un diagnóstico situacional de salud de la población migrante, lo que ha permitido focalizar las actividades en los municipios de alta movilidad. En el ámbito de la coordinación sectorial e intersectorial, se ha logrado conformar 2 Consejos Estatales para la Atención del Migrante, se han llevado a cabo 2 reuniones nacionales de actualización con los responsables estatales y se realizó una emisión especial de billetes de lotería alusivos a este programa. Se participó en la ceremonia conmemorativa del Día del Migrante celebrada el 18 de diciembre en la ciudad de Tijuana, Baja California.

De las primeras acciones relevantes del programa se destaca la coordinación para la Semana Binacional de Salud para el Migrante en Fresno California, EE. UU. para promoción de vacunación de niños en clínicas y condados; también acciones de promoción a la salud, de capacitación y de vigilancia epidemiológica.

En las entidades federativas se efectuaron acciones específicas tendientes a fortalecer las redes de apoyo que mantienen a los migrantes en contacto permanente con los servicios de salud de sus lugares de origen, como se muestra en las actividades de vacunación que se han llevado a cabo en las tres Semanas Nacionales de Salud que se informan durante las cuales se ministraron las siguientes dosis: 2.7 millones de dosis de Sabin, 377 mil de Pentavalente, más de 46 mil de BCG, 657 mil de Triple Viral, más de 847 mil de SR y más de 840 mil dosis de Td. También se dieron 3.1 millones de antiparasitarios, más 1.6 millones de megadosis de Vitamina "A", se informó a más 1.1 millones de madres en prevención de enfermedades diarreicas y 544 mil en enfermedades respiratorias, así como tétanos neonatal a 359 mil madres. Se distribuyeron más 1.6 millones de sobres "VSO".

***Principales retos estructurales a superar y oportunidades a concretar***

Estandarizar la prestación de servicios de los programas responsabilidad del Centro, tanto en las instituciones del Sector Salud, como en los Organismos Públicos Descentralizados, con el objetivo de que las acciones efectuadas alcancen simultáneamente una mayor efectividad.

Lograr la integración de la formación técnica y humanística del personal de salud que trabaja en los diferentes niveles de la estructura del sector para mejorar la calidad de los servicios y promover la satisfacción armónica de sus necesidades.

Dar información, orientación y capacitación a la población migrante para que adopte conductas saludables en lo individual y colectivo, así como en la protección de su medio ambiente.

Posicionar los aspectos básicos de los programas de salud entre los diferentes grupos objetivo.

Actualizar el sistema de evaluación y sus herramientas informáticas de apoyo, para convertirlo en intra e interinstitucional y que aporte información sectorial útil la toma de decisiones y mejorar con ello el desempeño del programa.

Fortalecer la sistematización e integración de las acciones de investigación relacionadas con la operación de los programas, y proveer información científica para toma de decisiones, modulación y articulación de las acciones de salud en este programa.

***3.5. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS***

El CENSIDA continúa con: las políticas y estrategias nacionales en materia de prevención, atención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y las infecciones de transmisión sexual; además de definir, promover, supervisar y evaluar el desarrollo, la aplicación y el impacto de las medidas de prevención, atención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, del síndrome de Inmunodeficiencia adquirida y de las infecciones de transmisión sexual; entre otras funciones.

Para cumplir adecuadamente con sus funciones, el CENSIDA está integrado por tres direcciones de área -Información y Educación, Técnica, e Investigación-, cuatro subdirecciones -Programas con Instituciones Civiles, Técnica y Normativa, Coordinación Estatal, e Investigación e Información Estratégica-, y doce jefaturas de departamento, una coordinación administrativa y un secretario particular.

Durante el período septiembre 2001-agosto 2002, se reforzaron las acciones con el objeto de mejorar en la prevención, difusión y control de la problemática que presentan tanto la epidemia del VIH/SIDA, como la infección de transmisión sexual, privilegiando los grupos de riesgo y fortaleciendo la coordinación con las entidades federativas, dentro del marco de descentralización destacando:

**Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, 2001-2006**

En congruencia con el objetivo a mediano plazo de detener la epidemia del SIDA para el año 2015 -como lo señala la declaración del Milenio de las Naciones Unidas-, el programa está integrado por cinco componentes, cada uno de los cuales tiene estrategias y metas específicas para el año 2006:

Componentes	Resultados	Impacto
Prevención Sexual	Garantizar el desarrollo de estrategias preventivas y específicas para las poblaciones de riesgo con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición del VIH/SIDA e ITS, mujeres, jóvenes, hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), indígenas, poblaciones móviles, trabajadoras y trabajadores sexuales (TSC), usuarios de drogas inyectables (UDI) y personas privadas de la libertad.	Reducir 15% la prevalencia del VIH/SIDA e ITS con especial atención en las y los jóvenes.  EN EL 2015 DETENER LA EPIDEMIA DEL SIDA.
	Incrementar el uso correcto del condón en poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad.	
Prevención Perinatal	Incorporar los principios de prevención del VIH/SIDA e ITS perinatal, de acuerdo a la Norma, en el 100% de las instituciones del sector Salud.	Reducir en un 75% los casos de transmisión perinatal del VIH.  Eliminar la sífilis en mujeres embarazadas.
Prevención sanguínea	Garantizar que el 100% de los órganos, tejidos y células y hematopoyéticas para trasplantes, se apeguen a las normas de tamizaje de sangre y hemoderivados.	
	Lograr que el 100% de las unidades del sector Salud cuenten con información, capacitación, equipos e insumos necesarios para la prevención del VIH, hepatitis B y C por exposición ocupacional.	Eliminar los casos de infección por el VIH, hepatitis B y C, secundarios a transfusiones sanguíneas y trasplantes.
	Garantizar que el 100% de las instituciones gubernamentales que trabajan con usuarios de drogas inyectables, incorporen la "reducción de riesgo" como eje central en la prevención de la transmisión del VIH.	
Atención integral de las personas con el VIH/SIDA	Contar con servicios de calidad para la consejería, detección y tratamiento de las ITS en todas las entidades federativas.	
	Asegurar que el 100% de las personas y comunidades afectadas por el VIH/SIDA e ITS tengan acceso a servicios de atención integral de la salud con calidad.  Ampliar la cobertura del tratamiento antirretroviral a toda la población que lo requiera.	Reducir 25% la mortalidad por SIDA en población de 25 a 44 años de edad.
Mitigación del daño	Lograr que al 100% de las personas y comunidades afectadas por el VIH/SIDA se les ofrezcan servicios de apoyo.	Disminuir el estigma y la discriminación asociados con comportamiento de riesgo, género, sexualidades, uso de drogas, el VIH/SIDA e ITS.

Derivado de las acciones llevadas a cabo por el Sistema Nacional de Salud, se obtuvieron los siguientes resultados:

**Resultado de las Metas de VIH/SIDA en el Programa Nacional de Salud**

Metas	Cifra basal 2000	2001		2002		Comentarios	
		Meta	Observado	Meta	Estimado		
Reducir 15 por ciento la prevalencia de ITS y VIH/SIDA en jóvenes de 15 a 24 años de edad.	% de reducción	-	2.5%	17.4%	5.0%	26.8%	Existe un desenso importante de los casos notificados de gonorrea en los años 2000 y 2001, lo que propicio una reducción de la prevalencia en estos años.
	Tasa por 100,000 habitantes	14.8	-	12.2	-	11.1	
Reducir 25 por ciento la mortalidad por SIDA en la población de 25 a 44 años de edad.	% de reducción	-	4%	0.1%	8%	0.1%	Se estima reducir la mortalidad en los siguientes años, como resultado del impacto de los antirretrovirales.
	Tasa por 100,000 habitantes (1)	9.8	9.39	9.71	9.01	9.70	
Garantizar que 100 por ciento de las personas con VIH/SIDA y otras ITS tengan acceso a servicios de atención integrales y al tratamiento antirretroviral.		80%	85%	85%	88%	93%	Con el esfuerzo de la Secretaría de Salud y los SEAS de otorgar 2 900 nuevos tratamientos antirretrovirales, se estima alcanzar a finales del año una cobertura 93 por ciento.
Garantizar que 100 por ciento de los órganos, tejidos y células hematopoyéticas para trasplantes se apeguen a las normas de tamizaje de sangre y hemoderivados.		100%	100%	100%	100%	100%	Debido al programa sangre segura, desde 1999 no se han presentado casos de SIDA por transfusión sanguínea y hemoderivados, según año de diagnóstico.
Reducir 100 por ciento las violaciones a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del VIH-SIDA en todas las entidades del sector público y privado.					NO APLICA		

(1) Las cifras observadas en el año 2001 son preliminares.

Las lecciones aprendidas a lo largo del trabajo nacional e internacional demuestran que, para que los programas de VIH/SIDA tengan posibilidades de éxito es necesaria la coordinación intersectorial y la participación social, así como involucrar a las personas afectadas por el VIH/SIDA en todas las acciones. Es por ello, que este programa fue elaborado de manera conjunta por todos estos actores sociales.

Para impulsar las propuestas de trabajo y dar seguimiento a los acuerdos, el CONASIDA creó cuatro comités de trabajo, integrados de manera multisectorial y con una presencia importante de representantes de la sociedad civil:

- Comité de Monitoreo y Evaluación.
- Comité de Atención Integral.
- Comité de Prevención.
- Comité de Normatividad y Derechos Humanos.

El 3 de abril de 2002 se realizó la segunda reunión del Consejo, en donde los secretarios de Salud y de Educación Pública, reafirmaron su compromiso de fortalecer la coordinación intersectorial para cumplir las metas del Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) 2001-2006.



Entre los principales acuerdos de esta reunión destacan los siguientes:

- Establecer un mecanismo para abatir el subregistro nacional y el retraso en la notificación de los casos de esta enfermedad.
- Generar y difundir campañas integrales de comunicación y educación para prevenir la epidemia en grupos con mayor riesgo y vulnerabilidad.
- Elaborar mecanismos de sanción que promuevan el cumplimiento de la normatividad para hacer frente al VIH/SIDA dentro del marco de los derechos humanos.
- Promoción, suministro y distribución de condones a la población en general.
- Evaluación de las guías nacionales para la atención del VIH/SIDA, con base en las propuestas de la OPS.
- Integración de una estrategia nacional para la prevención del VIH vía perinatal.
- Promoción de la Norma Oficial para VIH/SIDA e ITS, y la elaboración de mecanismos que promuevan su cumplimiento.

### *Prevención sexual*

La epidemia del SIDA en México es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de casi 90 por ciento de los casos acumulados. En ausencia de vacunas efectivas contra las ITS, incluyendo el SIDA, y toda vez que el SIDA continúa siendo hasta la fecha una enfermedad incurable, el uso correcto y constante de condón es la forma más efectiva de prevención en personas sexualmente activas. Se trata de un medio de prevención muy económico que, si se utiliza de manera adecuada, proporciona una seguridad del 90 al 95 por ciento.

La epidemia se concentra fundamentalmente en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con poco más de 50 por ciento del total de casos acumulados; pero con una tendencia ascendente, en los últimos años, en los casos de tipo heterosexual. Para controlar el crecimiento de estas infecciones es urgente aumentar el uso adecuado del condón en otras poblaciones, especialmente entre las y los jóvenes.

Bajo este contexto, el CENSIDA realizó durante el período de referencia las siguientes acciones de prevención sexual:

- Campañas educativas en medios masivos de comunicación:
  - Del 18 de octubre del 2001 al 18 de abril del 2002 se transmitió la 5ª fase de la “Campaña Institucional de Prevención del VIH/SIDA” por medios masivos de comunicación, cuyo objetivo central fue enfatizar la percepción del riesgo con relación al VIH/SIDA, así como la información sobre la epidemia y cómo prevenirla, buscando favorecer una disposición hacia los cambios de conductas sexuales de riesgo. La campaña estuvo dirigida a mujeres y hombres adolescentes, y como público secundario, a sus padres y madres como sus referentes inmediatos.
  - Durante estos seis meses se emitieron 106 506 impactos en 97 canales de televisión a nivel nacional, y 13 millones de impactos en 1 228 estaciones radiofónicas, lo cual significó un incremento superior al 205 por ciento en relación a los impactos conseguidos en la campaña del año anterior.

- Productos comunicativos impresos:
  - Se realizó una producción total de 535 300 ejemplares de diferentes materiales educativos y productos comunicativos impresos, de los cuales 25 300 fueron publicaciones técnicas, normativas y especiales, y 510 mil de apoyo a la promoción y difusión de la salud, cuyos contenidos fueron revisados y actualizados, con una disminución del 44 por ciento en relación al período anterior.
  - Se distribuyeron en todo el país un total de 511 205 ejemplares de diferentes materiales educativos y productos comunicativos impresos, tanto de publicaciones técnicas, normativas y especiales como de apoyo a la promoción y difusión de la salud, tales como carteles y folletos. A pesar de las limitaciones presupuestarias, se logró un ligero incremento del uno por ciento más con relación con el año anterior.
- Servicios de información a la población:
  - Para incrementar la difusión de la información de VIH/SIDA entre la población del país, se actualizaron de manera permanente los contenidos de la página *web* del CENSIDA, que se consolidó como la más visitada dentro de la Secretaría de Salud al registrar un promedio de 16 mil visitas por mes, 7 por ciento mayor al registrado el período anterior.
  - Por su parte, la línea de apoyo telefónico de orientación e información sobre VIH/SIDA e ITS (TELSIDA) atendió un 54 889 llamadas vía telefónica e Internet, lo que representó un 22 por ciento de incremento en relación al período anterior.
  - Este modelo de comunicación ha sido adoptado por 12 entidades del país, además de que nuestro Centro ofreció asistencia técnica a Guatemala y la República del Salvador para la instalación de líneas similares.
- Capacitación:
  - Con el objeto de fortalecer la capacidad técnica, promover el cumplimiento de la normatividad vigente y garantizar el desarrollo de estrategias preventivas específicas para las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad, CENSIDA impartió 16 Cursos/Talleres de Capacitación en ITS/VIH/SIDA para la Formación de Promotores de la Prevención, con una asistencia de 485 personas con perfil multidisciplinario, lo que representó un incremento del 38 por ciento.
  - Además, se realizaron 55 participaciones en cursos, pláticas, ponencias y conferencias solicitadas por diferentes instituciones a las que asistieron un total 4 210 personas entre población general, estudiantes y profesionales de salud y educación, lo que equivale a un incremento del 25 por ciento en la población atendida respecto al año anterior.
  - Para capacitar al personal de salud, a partir del año 2000 el CENSIDA desarrolló, en coordinación con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), un Curso a distancia sobre SIDA y otras ITS. Se trata del primer curso de este tipo que se desarrolla a nivel nacional, en donde se encuentran inscritos actualmente 13 262 médicos generales, enfermeras, médicos especialistas, químicos, nutriólogos, psicólogos, trabajadoras sociales y odontólogos de 28 entidades del país.

- Distribución de condones:
  - Para incrementar el uso correcto del condón en poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad, CENSIDA distribuyó durante el año un promedio de 320 mil condones mensuales a organizaciones civiles, centros educativos y distintos niveles de la administración pública, lo cual representa un incremento del 50 por ciento comparado con el año anterior.
  - Por primera vez el CENSIDA adquirió 30 mil condones femeninos, los cuales fueron distribuidos con fines de investigación y promoción por conducto de organizaciones de la sociedad civil. Con estas acciones iniciales, se espera que en los años siguientes este tipo de condón adquiera un mejor posicionamiento.
  - La Secretaría de Salud, a través del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), impulsó un proyecto de compra consolidada de condones masculinos y femeninos con algunas secretarías de salud estatales a través de una licitación internacional. Con esta estrategia se disminuirá el precio de compra, con el beneficio inmediato de adquirir una mayor cantidad de condones para un mayor número de usuarios.

### *Prevención Perinatal*

Para prevenir la transmisión perinatal del VIH/SIDA e ITS, se requiere detectar oportunamente a toda mujer embarazada infectada. Es por ello, que durante el período de septiembre de 2001 a agosto de 2002:

- Se realizaron en todo el país un total de 281 331 pruebas para detección de sífilis en embarazadas, lo cual representó un incremento del 21 por ciento respecto al mismo período del año anterior. A pesar de este esfuerzo, el número de detecciones está por debajo de los estándares recomendables, por lo cual se decidió incluir este indicador como uno de los “Indicadores de Excelencia” con que serán evaluados en lo sucesivo los programas estatales de VIH/SIDA.
- A través del programa “Arranque Parejo en la Vida” se realizó la detección oportuna de sífilis y VIH en las embarazadas que acuden a la atención prenatal.
- El Comité de Atención Integral del CONASIDA, inició la revisión y actualización de la guía de atención sectorial, para el tratamiento antirretroviral. También se desarrolló la Guía Práctica de Atención Perinatal de Mujeres con Infección por VIH/SIDA para el personal de salud del primero y segundo niveles de atención.
- Se continuó con la política nacional de tratamiento gratuito para prevenir este tipo de transmisión.
- Asimismo, se ofreció de manera gratuita, a través del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicas (INDRE), todas las pruebas de diagnóstico perinatal necesarias a cualquier menor de madre infectada por el VIH.

### *Prevención Sanguínea*

- Desde 1986, existen en México disposiciones legales que prohíben la comercialización de la sangre y obligan a que toda la sangre sea previamente analizada. Como resultado, los casos de SIDA debidos a transfusiones disminuyeron drásticamente a partir de 1988, de forma tal que desde 1999 no se ha diagnosticado ningún caso de este tipo.
- La prevalencia del VIH en donadores voluntarios se ha mantenido en 0.04 por ciento en los últimos años.

*Atención Integral de las personas con VIH/SIDA e ITS*

- México ingresó en el año 2001 a la “Iniciativa internacional para acelerar el acceso a la atención y apoyo para personas que viven con VIH/SIDA”, auspiciada por ONUSIDA. Esto ha permitido intercambiar información sobre precios de medicamentos antirretrovirales con los distintos países de la región e iniciar negociaciones internacionales con la industria farmacéutica para la reducción de precios.
- Con la finalidad de lograr una mayor cobertura con de primera línea, se establecieron esquemas de medicamentos de primera elección para aquellos que inician el tratamiento antirretroviral.